Health Care Management

Heinz Naegler



Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus

Corporate Social Responsibility als nachhaltiger Erfolgsfaktor

mit Beiträgen von Silke Bustamante

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Heinz Naegler

Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Schriftenreihe *Health Care Management*

Herausgeber: Heinz Naegler

Die Anforderungen an die Management-Fähigkeiten der Führungskräfte im Gesundheitssystem und seinen Einrichtungen nehmen zu

Krankenhäuser und andere Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sehen sich ständig mit neuen Herausforderungen – technologischen oder organisatorischen – konfrontiert. Zudem ändern sich die finanziellen oder auch demografischen Rahmenbedingungen kontinuierlich. Die Bedingungen für die Leitungsarbeit in Gesundheitsunternehmen wie Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege unterscheiden sich allerdings deutlich von denen in Unternehmen anderer Wirtschaftszweige:

- Zusammenspiel von staatlicher Planung und öffentlichem Regelungsinteresse mit der Entwicklung unternehmerischer Perspektiven,
- Gemeinnützigkeit im Wettbewerb mit privaten und öffentlichen Zielsetzungen,
- zunehmende Ablösung der Bedarfsdeckung und Bedarfsplanung durch wettbewerbliche Mechanismen und
- berufsständisch geprägte Aufbauorganisation.

Daher bedarf es im Gesundheitswesen einer grundsätzlichen Ausrichtung der Instrumente und Methoden zum Gestalten und Führen auf diese Besonderheiten.

In den Werken der Schriftenreihe *Health Care Management* kommen Praktiker und einschlägig ausgewiesene Wissenschaftler zu Wort, die ihr Wissen mit Blick auf die genannten Besonderheiten verständlich und praxisorientiert vermitteln.

Health Care Management richtet sich an Führungskräfte und an den Führungsnachwuchs in der Gesundheitswirtschaft. Die Leser lernen, wie Management-Probleme unter Berücksichtigung der spezifischen Anliegen der Patienten und der Mitarbeiter in der Gesundheitswirtschaft gelöst werden – und sie erfahren, wie das Gelernte in der Praxis anzuwenden ist.

Die Schriftenreihe folgt inhaltlich und strukturell der Struktur der verschiedenen MBA-Studiengänge zum Gesundheitsmanagement. Ein großer Teil der Beiträge kommt von Dozenten aus diesen Studiengängen.

Health Care Management deckt in systematischer und aufeinander abgestimmter Form alle Managementfelder der Gesundheitswirtschaft ab – angefangen von den Rahmenbedingungen für die Unternehmensführung über verhaltenswissenschaftliche Aspekte und strategische Perspektiven bis hin zu den Funktionen und Instrumenten der Unternehmensführung.

Bisher erschienen (Stand Februar 2011):

- Personalmanagement im Krankenhaus
- Gesundheitssicherung – Gesundheitsversorgung – Gesundheitsmanagement
- Strategisches Management
- Recht für Krankenhaus und Arztpraxis
- Leistungsmanagement, Logistik, Marketing
- Praxis des Krankenhausbudgets
- Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus
- Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
- Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus
- Controlling und Businessplan

Health Care Management

Heinz Naegler

Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus

Corporate Social Responsibility als nachhaltiger Erfolgsfaktor

mit Beiträgen von
Silke Bustamante

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Autor

Prof. Dr. Heinz Naegler
Preußenallee 31
14052 Berlin

Mit Beiträgen von

Prof. Dr. Silke Bustamante
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin
Campus Lichtenberg, Haus 5
Alt-Friedrichsfelde 60
10315 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-460-3 (Open Access PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Publishing Services, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Soll ich mich andern gegenüber nicht so verhalten, wie ich möchte, dass sie sich mir gegenüber verhalten?

Platon

Vorwort

Es ist doch so einfach – könnte man meinen –, unternehmerisches Handeln so zu gestalten, dass beide Verhandlungspartner – derjenige, der eine Entscheidung fällt, und der davon Betroffene – einen Nutzen davon haben. Wäre da nicht die zunehmende Verknappung der für die Behandlung der Patienten benötigten Ressourcen, finanzieller und, demografisch bedingt, personeller Art, die dazu führt, dass – um in dem schärfer werdenden Wettbewerb bestehen zu können – eine größer werdende Zahl von Medizinbetrieben und innerhalb der Krankenhäuser einzelne Abteilungen versuchen, vor allem ihre eigenen Bedürfnisse, gegebenenfalls auch zu Lasten Dritter, durchzusetzen. Die Zunahme unbewältigter Ziel- und Verteilungskonflikte ist die Folge.

Sozial verantwortlich handeln heißt indessen, nicht nur die Interessen zum Beispiel des Krankenhaus-Eigentümers in den Blick zu nehmen, sondern immer auch zu bedenken, welche – möglicherweise negativen – Folgen unternehmerische Entscheidungen für die davon Betroffenen haben könnten. Sozial verantwortlich handeln heißt also auch, die sich teilweise widersprechenden Anliegen der verschiedenen Interessengruppen – medizinische Behandlung auf hohem Qualitätsniveau, hohe Entlohnung der Mitarbeiter, Arbeitsplatzsicherheit, geringe Lohnnebenkosten, hohe Gewinne und ähnliches mehr – zum Ausgleich zu bringen und zur Zufriedenheit der Interessengruppen zu befriedigen.

Auf Dauer wird das Krankenhaus im Wettbewerb nur dann mit Erfolg bestehen können, wenn es mit seinem Handeln nicht nur die eigenen Interessen verfolgt, sondern in die Bedingungen der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil investiert (Suchanek, S. 7). Das Krankenhaus zum Beispiel, das es verabsäumt, in die eventuell notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu investieren, wird – angesichts der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt – bald nicht mehr über eine ausreichende Anzahl hoch qualifizierter und motivierter Mitarbeiter verfügen. Es wird seinen Versorgungsvertrag nicht mehr erfüllen und am Ende das in das Krankenhaus investierte Kapitel nicht mehr bedienen können.

Das alles klingt sehr trivial – wird mancher Leser denken. Die Wirklichkeit sieht leider anders aus.

Das liegt unter anderem daran, dass die Steuerungswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens, des Marktes, des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips sowie des Staats-Handelns als Unterstützung zur Überwindung der Ziel- und Verteilungskonflikte nur bedingt tauglich sind.

- So sind den in der Gesundheitswirtschaft verantwortlich Handelnden Rahmenbedingungen gesetzt, die aufgrund der Art ihres Entstehens Lücken aufweisen, fehlerhaft sind und möglicherweise missbräuchlich verwendet werden können.
- Hinzu kommt, dass die Rahmenbedingungen den Entscheidungsträgern notwendigerweise Spielräume lassen, damit diese nicht nur ihre eigenen Interessen verfolgen, sondern auch die Bedürfnisse derer berücksichtigen können, die von ihren Entscheidungen betroffen sind.

Und noch etwas wird in der jüngsten Vergangenheit in Folge der sich abzeichnenden Entwicklungen mit zunehmendem Nachdruck thematisiert: Das Managen von Medizinbetrieben hat nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine moralische Dimension. Moral und Ökonomie sind unvereinbare Kategorien, wird immer wieder behauptet: Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen moralische Normen – wie Freiheit, Solidarität, Autonomie der Patienten, Menschenwürde, Umweltschutz und Gerechtigkeit – unternehmerisches Handeln leiten, könnten im ökonomischen Sinne auf Dauer nicht erfolgreich sein, wie umgekehrt ein Primat der Gewinnerzielungsabsicht die Realisierung moralischer Normen und damit die Befriedigung essentieller Bedürfnisse der Patienten und der Mitarbeiter ausschließe.

Was also ist zu tun?

Krankenhäuser können sich nicht darauf verlassen, dass schon das Einhalten des gegebenen rechtlichen Rahmens und die Orientierung des unternehmerischen Handelns an konkurrenzwirtschaftlichen Organisationsformen – sowohl auf der Makro- wie auch auf der Mikroebene des Gesundheitssystems – sozial verantwortliches Handeln fordern und ermöglichen. Es besteht ein Verantwortungsvakuum (Noll, S. 94), das

durch die Entscheidungsträger in eigener Verantwortung gefüllt werden muss, das von diesen aber auch verlangt, ihre Entscheidungen gegenüber den Betroffenen zu rechtfertigen – es bedarf deshalb der Etablierung von Verantwortungsbewusstsein.

Welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit die Akteure in einem Krankenhaus dem Anspruch gerecht werden können, stets sozial verantwortlich zu handeln – davon soll in diesem Buch die Rede sein. Dabei wird einerseits angenommen, dass die Medizinbetriebe und die in ihnen Handelnden ihre soziale Verantwortung anerkennen und diese dauerhaft wirksam werden lassen wollen. Es wird zum anderen aber nicht von der Vorstellung ausgegangen, die Überwindung der Ziel- und Verteilungskonflikte sei allein auf der Grundlage einer Selbstverpflichtung der Verantwortungsträger möglich. Es wird nicht unterstellt, die Verantwortungsträger seien in der Lage, die sich abzeichnenden Probleme nur durch den Einsatz ihrer Moral in die richtige Richtung zu lenken. Es bedarf vielmehr eines personellen und eines institutionellen Rahmens, der von den Verantwortungsträgern sozial verantwortliches Handeln fordert und der sie motiviert und dabei unterstützt, dieser Forderung nachzukommen. So wird gezeigt, wie vernünftigerweise vorgegangen wird, um herauszufinden, welche Stakeholder mit welchen Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen und wie die Einstellung der Verantwortungsträger gegenüber sozial verantwortlichem Handeln ist, um diese gegebenenfalls durch geeignete Maßnahmen der Personalentwicklung zu korrigieren. Unterlegt mit einer großen Zahl aus der Krankenhaus-Praxis abgeleiteter Beispiele wird schließlich demonstriert, wie die Entwicklung und die Implementierung des neuen Management-Konzepts umgesetzt werden können.

Das vorliegende Buch ist der Versuch, die Diskussion über ein Thema in Gang zu bringen, das für den Erhalt der Gesundheit der Menschen in unserer Gesellschaft von zentraler Bedeutung ist. Die demografische Entwicklung unserer Bevölkerung führt dazu, dass das schon jetzt knappe Gut „menschliche Arbeitskraft“ im Verhältnis zu der Zahl der Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, immer knapper wird und die darauf bezogenen Verteilungskonflikte an Schärfe zunehmen werden. Es bedarf deshalb eines Modells, das zeigt, wie diese Konflikte zum Nutzen aller überwunden werden können – vor allem dadurch, dass kritische und zum Dialog bereite Menschen zueinander finden, um gemeinsam zu überlegen, wie das Gesundheitssystem und insbesondere die Bedingungen der ambulanten und der stationären Behandlung in Krankenhäusern zum Wohle kranker und hilfebedürftiger Menschen weiterentwickelt werden können. In diesem Sinne ist auch die im November 2010 veröffentlichte ISO 26000 zu verstehen, die als DIN ISO 26000 Ende des Jahres 2010 veröffentlicht werden soll.

Der Autor hat vielfachen Anlass, Danke zu sagen.

Der Verleger Thomas Hopfe hat mir Gelegenheit gegeben, in dem vorliegenden Buch die einschlägigen Erfahrungen zusammenzufassen und zu präsentieren, die ich in den vielen Jahren, in denen ich für Krankenhäuser verantwortlich tätig war, sammeln konnte; dafür bin ich ihm außerordentlich dankbar. Sehr dankbar bin ich Silke Bustamante für viele anregende und klärende Gespräche, die der Strukturierung eines höchst komplexen Stoffes dienten, und für ihre Mitarbeit an diesem Buch. Herr Wormann und Frau Grahl von der Janssen-Cilag GmbH, einer Tochter der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson, haben mir dabei geholfen, die Ausführungen zum Thema „Management der sozialen Verantwortung“ durch ein seit vielen Jahren höchst konsequent gelebtes praktisches Beispiel abzurunden; ihnen gilt dafür mein besonderer Dank. Danken möchte ich schließlich Frauke Budig, der für diese Publikation verantwortlichen Projektmanagerin, sowie der Lektorin Monika Laut-Zimmermann für ihre Geduld und Hilfsbereitschaft, wenn es kleinere oder auch größere Probleme zu lösen galt.

Für alle Unzulänglichkeiten und Fehler trage ich allein die Verantwortung.

Berlin, im Dezember 2010 *Heinz Naegler*

Inhalt

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Auf den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems – auf der Ebene des Gesamtsystems (= Makro-Ebene), der Ebene der Leistungserbringer (= Meso-Ebene) und auf der Ebene der Behandlung einzelner Patienten (= Mikro-Ebene) – waren bis vor etwa 20 Jahren Ziel- und Verteilungskonflikte eher selten und das Managen von Krankenhäusern deshalb noch vergleichsweise einfach. Die Gründe dafür:

Bis 1992 galt als Grundlage für die Finanzierung der durch das Krankenhaus verursachten Betriebskosten das Selbstkostendeckungsprinzip. Die Geschäftsführung[1] eines Krankenhauses konnte darauf vertrauen, dass diesem die Kosten, die durch den Betrieb des Krankenhauses entstehen, von den Krankenkassen – wirtschaftliche Betriebsführung vorausgesetzt – in vollem Umfang erstattet werden. Eventuell dennoch entstandene Defizite wurden nicht selten – das galt vor allem, aber nicht nur für die Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft – durch den Träger ausgeglichen.

Ressourcen standen auf der Basis des Selbstkostendeckungsprinzips und angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt und als Erfolg des vorübergehend notwendigen Anwerbens ausländischer Krankenpflegekräfte ausreichend zur Verfügung. Der Druck auf die Krankenhäuser mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Produktivität des Personaleinsatzes und des Preis-Leistungs-Verhältnisses hielt sich in Grenzen.

Seit 1972 sind die Bundesländer gesetzlich dazu verpflichtet, den Krankenhäusern Fördermittel als Grundlage für die Finanzierung der notwendigen Investitionen zur Verfügung zu stellen (Behrends, S. 3). Die von den Krankenhäusern vorgehaltenen Behandlungskapazitäten waren als Folge dieses Investitions-Finanzierungsprinzips – wenngleich regional und für die medizinischen Fachgebiete unterschiedlich – ausreichend. Hinsichtlich des Zugangs zu den Krankenhäusern gab es Einschränkungen so gut wie nicht.

Die Belegung der Krankenhäuser war im Regelfall hoch genug, um die Fix-Kosten decken zu können – entweder durch eine ausreichend hohe Anzahl von Patienten, die die Aufnahme in die stationäre Behandlung begehrten, oder durch die

1 Der Begriff „Geschäftsführung“ wird als Synonym für jede Art von Leitung eines Krankenhauses – wie zum Beispiel Vorstand oder Krankenhausleitung – verwendet.

Gestaltung der Zeit, die die Patienten im Krankenhaus verbringen mussten. Die Geschäftsführung musste sich also nicht um eine Steigerung der Behandlungs- und Servicequalität bemühen, um auf diese Weise Patienten gewinnen und die vorhandenen Kapazitäten voll auslasten und die Effizienz steigern zu können.

Der Bestand eines Krankenhauses war in der Vergangenheit auf der Grundlage von Landeskrankenhausplänen weitgehend gesichert.

Private, nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen organisierte Krankenhäuser waren eher die Ausnahme.

Diese Zeiten sind unwiderruflich dahin:

- Zunehmend wird die staatliche Planung durch Wettbewerb als Ordnungsidee zur Sicherstellung eines ausreichend hohen Angebotes an medizinischen Leistungen abgelöst (Schellschmidt, S. XVII). Krankenhäuser müssen sich am Markt bewähren und sind einem hohen Insolvenzrisiko ausgesetzt; unternehmerisches Handeln ist gefragt (Eichhorn; Greiling, S. 31). Hinzu kommt: In dem Maße, wie die Autonomie der Krankenhäuser – aber auch anderer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – gestärkt wird, wie also die Möglichkeiten zunehmen, eigene Ziele zu verfolgen, wächst das Potenzial für Interessen- und Verteilungskonflikte (Suchanek, S. 8).
- Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde im Jahre 1992 mittels des Gesundheitsstrukturgesetzes abgeschafft (Behrends, S. 8). Im Jahr 2000 entschied die Bundesregierung, ein pauschalierendes Entgeltsystem als Grundlage für die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen einzuführen. Einheitliche, von der Art der Erkrankung abhängige Erlöse markieren künftig die Obergrenze für die Kostenverursachung und damit für den Ressourcen-Einsatz. In vielen Krankenhäusern wurden aber in der Vergangenheit und werden teilweise auch gegenwärtig noch Kosten in einer Höhe verursacht, die durch die künftig zu erwartenden Erlöse nicht gedeckt werden. Diesen Krankenhäusern droht, wenn die Schere zwischen Kosten und Erlösen nicht geschlossen wird, die Insolvenz (Augurzky et al., S. 13). Sie hören auf zu existieren (Hauff, S. 82); sie können einen Beitrag zum Allgemeinwohl nicht mehr leisten (Hinterhuber, S. 1), ihren Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen.
- Die Bundesländer kommen ihrer gesetzlich verankerten Verpflichtung, Investitionen zu finanzieren, nur noch ungenügend nach; so wurde der Betrag der den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Fördermittel in der Zeit von 1993 bis 2008 von ca. € 3,9 Mrd. auf ca. € 2,7 Mrd. reduziert (Malzahn; Wehner, S. 111) – mit weiter abnehmender Tendenz. Im Jahr 2007 wurden nur noch 64% der Investitionskosten durch Fördermittel aus öffentlichen Kassen gedeckt (Neubauer; Belvers, S. 8).
- Um der Insolvenz entgehen, die notwendigen Investitionen finanzieren, den Kapitaldienst bedienen, für die Kapitalgeber eine marktgerechte Verzinsung des eingesetzten Kapitals sicherstellen und um in dem schärfer werdenden Wettbewerb mittels eines Behandlungs- und Serviceangebotes auf qualitativ hohem Niveau und mit einem für die „Kunden“ befriedigenden Preis-Leistungs-Verhältnisses bestehen zu können, muss nicht nur der Ressourcen-Einsatz, damit ist vor allem die Personalausstattung gemeint, und damit die Höhe der verursachten Kosten den Erlösen angepasst werden. Es müssen darüber hinaus Gewinne erzielt werden. Ziel- und Verteilungskonflikte sind die Folge.

Erstmals wird deutlich, dass die Geschäftsführung Verantwortung nicht nur gegenüber den Patienten[2], sondern auch gegenüber einer Vielzahl anderer Personen und Institutionen trägt – Verantwortung mit dem Ziel des Ausgleichs unterschiedlicher Interessen (Beispiele für die Adressaten der Verantwortung und deren Anliegen s. Tab. 1 – eine ausführlichere Zusammenstellung der für Krankenhäuser relevante Stakeholder ist der Tab. 4 zu entnehmen). Diese Verantwortung wurde durch das bisher geltende Finanzierungssystem, die bisherige Finanzierungspraxis und die staatliche Planung gewissermaßen kaschiert. Die Notwendigkeit, diese Verantwortung explizit wahrzunehmen, wurde nicht gesehen; Vorgehensmodelle als Grundlage für die Realisierung eines Managements der sozialen Verantwortung wurden nicht entwickelt.

2 In diesem Band werden soweit als möglich die geschlechtsneutralen Wortformen verwendet, die sowohl Frauen als auch Männer bezeichnen. Wenn dies nicht möglich ist, wird zu Gunsten der besseren Lesbarkeit nur eine Geschlechtsform benutzt; diese schließt die jeweils nicht verwendete Form mit ein.

Tab. 1 Adressaten und Inhalte der Verantwortung (Beispiele)

Adressat der Verantwortung	Anliegen der Adressaten
Patient	Der Patient erwartet, dass er unter Anwendung der Erkenntnisse einer evidence-based-medicine und unter Berücksichtigung seiner individuellen Situation behandelt wird. Er erwartet neben der medizinischen Kompetenz persönlich-menschliche Zuwendung (Diakonisches Werk der EKD e.V., S. 11). Der Patient rechnet damit, dass die zum Erreichen des individuellen Behandlungsziels notwendigen Ressourcen ohne Einschränkung zur Verfügung gestellt werden.
Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses[1]	Diese vertraut auf den für den Bedarfsfall uneingeschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe.
niedergelassene Ärzte	Die niedergelassenen Ärzte verlassen sich darauf, dass die von ihnen in das Krankenhaus eingewiesenen Patienten unverzüglich aufgenommen werden sowie auf der Grundlage der evidence-basierten Medizin behandelt werden und dass ihnen unverzüglich nach der Entlassung ein ausführlicher Arztbericht als Grundlage für die eventuell notwendige ambulante Weiterbehandlung zur Verfügung gestellt wird.
Mitarbeiter	Damit vorhandene Mitarbeiter an das Krankenhaus gebunden und neue gewonnen werden können, müssen die Arbeitsplätze so gestaltet werden, dass die Mitarbeiter, obwohl sie künftig – gemessen an den zu erbringen Leistungen – weniger und im Durchschnitt älter sein werden, die von ihnen geforderten Arbeiten als zufrieden stellend, zumutbar, erträglich und ausführbar erleben[2] (Naegler et al., S. 186 und die dort genannte Literatur).
Führungskräfte	Führungskräfte sind immer auch Mitarbeiter; sie haben deshalb dieselben Bedürfnisse wie alle anderen Mitarbeiter auch. Darüber hinaus bauen sie darauf, dass ihnen Führungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden, die es ihnen ermöglichen, die von ihnen geforderten Führungsleistungen so zu erbringen, dass die Unternehmensziele erreicht werden können.
Krankenkassen	Im Interesse ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber dringen die Krankenkassen auf eine weitere Verbesserung der Effizienz und der Qualität der Patientenbehandlung.
Eigentümer	Damit privates Kapital in ausreichendem Umfang gewonnen und an das Krankenhaus gebunden werden kann, erwarten die Kapitalgeber eine marktgerechte Rendite. Dies gilt sowohl für Gebietskörperschaften als Krankenhausträger als auch für freigemeinnützige und private Krankenhausträger.

1 Je nach der Art der Erkrankung, die zu behandeln ist, ist unter dem Einzugsbereich die unmittelbare örtliche Umgebung des Krankenhauses zu verstehen. Bei nur selten vorkommenden Erkrankungen kann der Einzugsbereich die Bundesrepublik Deutschland sein.

2 In einer von dem Statistischen Bundesamt veröffentlichten Studie wird darauf hingewiesen, dass die große Mehrzahl der Erwerbstätigen in Deutschland ihre Erwerbstätigkeit nicht als gesundheitliche Belastung erleben; jeder zehnte Erwerbstätige fühlt sich allerdings bei der Arbeit – wegen Zeitdruck und Arbeitsüberlastung – körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt (Grau, S. 4).

Verantwortung tragen bedeutet, dass die in der Tabelle 1 erwähnten Anliegen – soweit sie als legitim akzeptiert werden – bei unternehmerischen Entscheidungen[3] berücksichtigt werden. Diese Verantwortung wahrzunehmen ist für den Verantwortungsträger allerdings von besonderer Brisanz, weil die in Betracht zu ziehenden Anliegen möglicherweise in Konkurrenz zueinander stehen: So wird zum Beispiel von vielen Menschen befürchtet, dass die eingangs skizzierten Entwicklungen, vor allem der Zwang zur Gewinnerzielung, zu Lasten der Patienten und der Mitarbeiter gehen wird. Die Geschäftsführung muss deshalb – bevor die eigentliche unternehmerische

3 Als unternehmerische Entscheidung – mitunter auch nur als Entscheidung bezeichnet – werden alle Entscheidungen verstanden, die nicht die medizinische Behandlung im engeren Sinne betreffen.

Entscheidung gefällt werden kann – jeweils eine Vor-Entscheidung fällen: Sollen alle Anliegen und wenn nein, welche sollen nicht, und mit welchem Gewicht sollen die Anliegen Eingang in die unternehmerische Entscheidung finden?

Beispiel

Die Lösung des nachstehend skizzierten Zielkonflikts beschäftigt immer häufiger die Geschäftsführung eines Krankenhauses, und zwar unabhängig von der Art der Trägerschaft:

Der Krankenhaus-Eigentümer ist an einer angemessenen Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals interessiert. Er erwartet deshalb von der Geschäftsführung, dass diese – um einen möglichst hohen Gewinn der Erlöse über die Kosten realisieren zu können – die Behandlungs- und Supportprozesse so organisiert, dass der Ressourceneinsatz minimiert werden kann und/oder dass sie die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einem auskömmlichen Einkommen einschränkt.

Wenn die Geschäftsführung dagegen die Interessen der Patienten nach Behandlungssicherheit und die der Mitarbeiter nach für diese befriedigenden Arbeitsbedingungen mit einem höheren Gewicht als die Erwartungen des Krankenhaus-Eigentümers berücksichtigt, muss Letzterer seine Erwartungen nach einer Rendite möglicherweise nach unten korrigieren.

Erstes Zwischenfazit

Das Krankenhausmanagement muss mit finanziell und demografisch bedingten Einschränkungen seiner Handlungsspielräume rechnen. Wegen der daraus zu ziehenden Konsequenzen kann den Anliegen der Patienten, der Mitarbeiter, der Bürger des Landes als potenzielle Patienten sowie denen der Krankenhaus-Eigentümer und anderer Stakeholder in dem bisher gewohnten Maße eventuell nicht mehr entsprochen werden. Ziel- und Verteilungskonflikte zeichnen sich ab.

Das Management in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft kann sich angesichts der skizzierten Entwicklungen nicht mehr darauf verlassen, dass die entstehenden Probleme mittels adaptiver Entscheidungen und/oder habituellem Verhalten, also einem Entscheidungsverhalten, das in erster Linie die in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen berücksichtigt, angemessen gelöst werden können. Innovative Entscheidungen sind gefragt – Entscheidungen vor allem, mit denen sich die Geschäftsführung zu ihrer Verantwortung gegenüber den von den Entscheidungen betroffenen Stakeholdern explizit und nachvollziehbar bekennt.

Und noch etwas wird in der jüngsten Vergangenheit in Folge der sich abzeichnenden Entwicklungen mit zunehmendem Nachdruck thematisiert: Das Managen von Medizinbetrieben hat nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine moralische Dimension. Moral und Ökonomie sind unvereinbare Kategorien, wird immer wieder behauptet: Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen moralische Normen – wie Freiheit, Solidarität, Autonomie der Patienten, Menschenwürde, Umweltschutz und Gerechtigkeit – unternehmerisches Handeln leiten, könnten im ökonomischen Sinne auf Dauer nicht erfolgreich sein, wie umgekehrt ein Primat der Gewinnerzielungsabsicht die Realisierung moralischer Normen ausschließe.

Die Lösung des Konflikts zwischen der Notwendigkeit zur Gewinnerzielung einerseits und der Berücksichtigung moralischer Ansprüche andererseits ist eine der großen Herausforderungen für die Geschäftsführung. Solange dieser Konflikt nicht gelöst ist, lähmt er ziel- und zukunftsbezogenes Handeln (Berkel; Herzog, S. 79). Um aus dieser Lähmung wieder herauszukommen, müssen Grundsatzentscheidungen gefällt werden, die vor der Gesellschaft begründet werden können. Dieser Neuanfang ist die Grundlage für die ausgewogene Berücksichtigung von Stakeholder-Anliegen und damit für die gesellschaftliche Legitimierung des Krankenhauses nicht nur durch die Anwendung medizinischen Wissens, um Krankheiten erkennen, heilen, ihre Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern (§ 27 Abs. 1 SGB V) sowie um Geburtshilfe leisten zu können.

Zweites Zwischenfazit

Die skizzierten Entwicklungen lassen deutlich werden: Die gesellschaftliche Akzeptanz eines Krankenhauses als Voraussetzung für die Realisierung des Versorgungsauftrages ist nicht nur Ergebnis einer hohen Behandlungs- und Servicequalität und eines guten Preis-Leistungs-Verhältnisses; das Erreichen dieser Ziele wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Es bedarf darüber hinaus der Berücksichtigung einer großen Zahl von Stakeholder-Anliegen (Suchanek; Lin-Hi, S. 3). Es bedarf der

Übernahme von sozialer Verantwortung, die sich konkretisieren lässt in der Verpflichtung der Geschäftsführung (Eichhorn 2008, S. 128),

- *sich auf humanitäre und ökonomische Dimensionen zu konzentrieren und pluralistische gesellschaftliche Anliegen als Ausgangs- und Endpunkt allen Wirtschaftens zu berücksichtigen,*
- *einen Beitrag zur ökologischen Sanierung der Umwelt zu leisten,*
- *soziale Beiträge zum Gemeinwohl zu leisten und die diversen Ansprüche der Mitarbeiter zu befriedigen sowie*
- *stets zu prüfen, ob die Berücksichtigung der Partikularinteressen einzelner Gruppen an dem Krankenhaus nur diesen oder dem Krankenhaus und den mit diesem verbundenen Stakeholdern und damit dem Gemeinwesen dienen.*

1.2 Warum ein Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus?

1.2.1 Einführung

!

Es stellt sich also die Frage:

Benötigen Krankenhäuser und die Gesundheitswirtschaft insgesamt zur Überwindung der sich abzeichnenden Ziel- und Verteilungskonflikte ein neues, besseres Management-Konzept, ein Management, das den Verpflichtungen gegenüber diversen Stakeholdern, der Übernahme sozialer Verantwortung eine zentrale Rolle einräumt?

Oder: Reichen die Mechanismen des Marktes, des Rechts, des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips sowie das Handeln des Staates zur Überwindung der Ziel- und Verteilungskonflikte vielleicht doch aus?

Initiiert wurde die Diskussion um ein Management der sozialen Verantwortung nicht in Bezug auf das Managen von Krankenhäusern. Die Wurzeln der Entwicklung zum Befassen mit dem Thema „sozial verantwortetes unternehmerisches Handeln" liegen vielmehr in anderen Wirtschaftszweigen. Eine Reihe von Missständen – Korruptionsaffären, Umweltskandale, die Missachtung der Menschenrechte in Entwicklungsländern oder Massenentlassungen durch Unternehmen, die ihren Gewinn gerade beträchtlich haben steigern können, und der Umgang diverser Bankmanager mit dem ihnen von ihren Kunden anvertrauten Geld – waren der Anlass dafür, dass sich Politiker und Vertreter der Management-Praxis sowie der Wissenschaft in den letzten Jahren, und zwar zunächst in den Vereinigten Staaten von Amerika und dann auch in Europa, zunehmend und in der jüngsten Vergangenheit verstärkt mit Fragen der sozialen Verantwortung des Managements auseinandergesetzt haben.

Bei den erwähnten Erörterungen stand und steht die Frage im Vordergrund, ob und warum es in Unternehmen eines Managements der sozialen Verantwortung als neues Management-Konzept überhaupt bedarf und ob die Verwirklichung dieses Konzepts in der Lage ist, die skizzierten Defizite zu beseitigen.

Die Antworten darauf sind höchst unterschiedlich:

- Diejenigen, die die Implementation eines Managements der sozialen Verantwortung für entbehrlich halten, verweisen darauf, dass die richtige Anwendung der Erkenntnisse der Betriebswirtschaftslehre durch das Management sozial verantwortliches Handeln automatisch hervorbringt, dass also der Ausgleich der verschiedenen Interessen erfolgt. Ein Konflikt zwischen der erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung des Unternehmens und dem damit verbundenen Gewinnprinzip auf der einen Seite und der Übernahme einer spezifischen Art von Verantwortung durch den Unternehmer auf der anderen Seite wird nicht gesehen (Albach, S. 819f.). Im Gegenteil: Die egoistische Verfolgung einzelwirtschaftlicher Ziele – so diejenigen, die ein Management der sozialen Verantwortung nicht für notwendig erachten – führt auf der Grundlage der Marktmechanismen zum Wohlstand für alle (Küpper, S. 194 und die dort angegebene Literatur).
- Die Befürworter eines Managements der sozialen Verantwortung argumentieren damit, dass das Recht und die Mechanismen des Marktes allein nicht ausreichend sind, die skizzierten Missstände zu verhindern (Steinmann; Oppenrieder, S. 170ff.); das Solidar- und das Subsidiaritätsprinzip seien zudem so weit ausgehöhlt, dass sie die Defizite hinsichtlich der Steuerungswirkungen des Marktes und des Rechts nicht ausgleichen können. Sie fordern, den Managementprozess so zu gestalten, dass Entscheidungen unter Berücksichtigung der Interessen derer, die von den Ergebnissen der Entscheidungen betroffen sind, gefällt werden können.

Die Beantwortung der Frage nach der Notwendigkeit der Implementation eines besseren Management-Konzepts hängt also maßgeblich davon ab, wie die Steuerungswirkungen des Rechts, des Marktes sowie die des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips und des staatlichen Handelns eingeschätzt werden. In den Kapitel 1.2.2 bis 1.2.6 wird untersucht, ob die derzeit zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente geeignet sind, sozial verantwortliches Handeln wirksam werden zu lassen[4].

1.2.2 Steuerungswirkung des Rechts

Der Schutz der Stakeholder- Interessen hat seinen Niederschlag in diversen Gesetzen gefunden – so zum Beispiel in den Mitspracherechten der Personalvertretungen bei Personalentscheidungen (§ 75 Bundespersonalvertretungsgesetz [BPersVG]), in der Bindung der Lohnfindung an Flächentarifverträge (§ 3 Abs. 3 Tarifvertragsgesetz) und in Gewinnverwendungsregeln (§§ 58ff. Aktiengesetz). Mittels einer Vielzahl von Regelungen, die Gegenstand des Sozialgesetzbuches (SGB) V und diverser darauf aufbauenden Verordnungen sind, will der Staat die wirtschaftliche Sicherstellung der Krankenhäuser dauerhaft gewährleisten. Der Staat hat Gesetze erlassen, mit deren Hilfe dafür gesorgt werden soll, dass alle Menschen uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung haben und eine den neuesten medizinischen Erkenntnissen entsprechende Behandlung erhalten. Die Bürger der Bundesrepublik Deutschland und die Arbeitgeber sollen deshalb nicht mehr als unbedingt notwendig finanziell belastet werden.

Die Regelungsdichte, nicht nur im Gesundheitswesen, ist beträchtlich und dennoch entstehen immer wieder Steuerungs-Defizite (Steinmann; Oppenrieder, S. 177). Dies liegt zum einen daran, dass die Entscheidungsträger in Folge der zunehmenden Komplexität der Strukturen des Gesundheitswesens und anderer Wirtschaftzweige die Tragweite ihrer Handlungen in Hinblick auf gesetzliche Regelungen nicht mehr überblicken; sie spekulieren darauf, dass die nächsthöhere Instanz eine rechtsfehlerhafte Entscheidung bemerken und korrigieren wird. Die zunehmende Spezialisierung und die damit einhergehende Verlängerung der Entscheidungswege führen zur Anonymisierung der Entscheidungsträger und damit zu einem Abbau von Hemmschwellen gegenüber der Verpflichtung, rechtliche Regelungen einzuhalten. Die beiden skizzierten Entwicklungen führen auch dazu, dass sich die Entscheidungsträger moralisch entlasten (können).

Steuerungs-Defizite entstehen auch deshalb immer wieder aufs Neue, weil die durch den Gesetzgeber erlassenen Gesetze die Stakeholder-Anliegen vielfach nur unvollkommen abbilden. Vier Gründe lassen sich dafür nennen (Noll, S. 93f.; Steinmann; Oppenrieder, S. 177f.):

1. Der Gesetzgeber steht bei der Formulierung eines Gesetzes vor einem kaum zu beseitigenden Problem: Auf der einen Seite ist er bestrebt, mit einem Gesetz nur Rahmenrichtlinien zu erlassen, um die Spielräume für unternehmerische Entscheidungen nicht unangemessen einzuengen. Er riskiert allerdings damit, dass die Steuerungswirkung eines Gesetzes – wegen der notwendigerweise vielen unbestimmten Rechtsbegriffe – nur begrenzt ist; nicht gewünschtes unternehmerisches Verhalten kann die Folge sein.
   Formuliert der Gesetzgeber ein Gesetz dagegen zu eng, werden einzelne konkrete Sachverhalte möglicherweise von ihm nicht erfasst. Die Wirkung ist die gleiche wie die oben beschriebene.
2. Gesetze bilden den Rahmen für unternehmerisches Handeln im Regelfall nur unvollkommen ab, weil sich dieser Rahmen, die gesellschaftlichen Verhältnisse, ständig und mit zunehmender Geschwindigkeit verändert. Bis ein Handlungsbedarf festgestellt und durch die gesetzgebenden Institutionen akzeptiert worden ist und bis ein Gesetzentwurf die verschiedenen Stufen der vorgeschriebenen Prozedur durchlaufen hat, ist möglicherweise viel Zeit verstrichen – die Gesetzgebung hinkt der Wirklichkeit hinterher (Bernau, S. 18).
3. Gesetze bilden den Rahmen für unternehmerisches Handeln im Regelfall aber auch deshalb nur unvollkommen ab, weil der Gesetzgebungsprozess häufig durch starke Interessengruppen und deren Lobbyarbeit beeinflusst wird. Den Interessengruppen stehen hervorragend qualifizierte Experten in großer Zahl zur Verfügung. Diese stellen den Ge-

4 Die Frage nach der Begründung eines spezifischen Management-Konzepts „Managements der sozialen Verantwortung“ in einem Unternehmen wird in Kapitel 2.4 noch einmal aufgegriffen – dort unter mehr grundsätzlichen Gesichtspunkten.

setzgebungsorganen als Grundlage für deren Arbeit Gesetzes-Entwürfe und/oder Ergebnisse von Studien zur Verfügung, die durch die Interpretation der gesellschaftlichen Verhältnisse im Sinne ihrer Interessen geprägt sind. Die mit der Formulierung der Gesetze befassten Politiker akzeptieren diese Hilfe nicht selten gerne als Grundlage für die gesetzgeberische Arbeit. Defizite zwischen dem daraus entstehenden rechtlichen Instrumentarium und der gesellschaftlichen Wirklichkeit, das es eigentlich abbilden soll, bleiben nicht aus.
4. Zu den Schwachstellen des Rechts zählen auch diverse Vollzugsdefizite. Die Komplexität der gesellschaftlichen Verhältnisse führt dazu, dass Verstöße gegen das Recht vielfach nicht einer Person zugerechnet und somit nicht sanktioniert werden können.

Dass die Steuerungswirkungen, die der Staat mittels des Erlasses einer Vielzahl von Rechtsnormen beabsichtigt, in der Praxis nicht immer realisiert werden, lässt sich auch für den Bereich des Gesundheitswesens mit einem Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit belegen:

- Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2007 hat der Gesetzgeber den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt. Das Ziel dieser Regeln ist, dass Krankenkassen für kostenintensive Behandlungsfälle höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten und dass auf diese Weise die Krankenkassenbeiträge dorthin fließen, wo sie für die Behandlung schwer kranker Menschen am dringendsten benötigt werden. Ein bisher existierender Verteilungskonflikt wird somit nach dem Willen des Gesetzgebers überwunden. Für Behandlungsfälle in etwa 80 Krankheitsarten erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen von der Art der Erkrankung und einigen demografischen Faktoren abhängigen Zuschlag zu einer einheitlichen Grundpauschale, die die Krankenkasse für jeden Versicherten erhält.
- Die Höhe der Zuschläge entspricht – zumindest was die bisherige Ausgestaltung des Gesetzes anbelangt – nicht immer den Kosten, die den Krankenkassen tatsächlich von den Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden; einige der Zuschläge sind höher, andere dagegen niedriger als die Kosten. Die Folge davon ist, dass die Krankenkassenbeiträge eben nicht dem Mittelbedarf folgen und damit möglicherweise Rückerstattungen und/oder Zusatzbeiträge auslösen, die sachlich nicht gerechtfertigt sind.
- Der durchaus vernünftige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich beinhaltet Entscheidungsspielräume und Anreize, die, wenn sie falsch genutzt werden – was offensichtlich in Einzelfällen derzeit geschieht –, das Konzept ad absurdum führen kann. Das Ziel, Verteilungskonflikte mit Hilfe des GKV-WSG allein zu überwinden, wird zumindest vorerst nur teilweise erreicht.

1.2.3 Steuerungswirkung des Marktes

Die Befürworter eines Managements der sozialen Verantwortung verweisen darauf, dass es zahlreiche Gründe dafür gibt, dass der Markt, der Wettbewerb und das Preissystem eben nicht so funktionieren, wie einleitend skizziert. Die Unternehmen werden eben nicht so diszipliniert, dass Handlungsspielräume bleiben, die ein Verhalten im Sinne der Goldenen Regel erzwingt. Auf drei dieser Gründe sei hier verwiesen:

1. Die Marktteilnehmer sind nicht gleich gut informiert. Dies führt dazu, dass die schlechter Informierten Nachteile in Kauf nehmen müssen, indem sie als Konsument zum Beispiel über versteckte Eigenschaften eines Produkts nicht unterrichtet sind. Zwar wurden zum Schutz der Verbraucher Gesetze erlassen und Institutionen (Stiftung Warentest, Verbraucherschutzzentralen) eingerichtet. Aber auch diese werden von den weniger gut Informierten nicht erreicht, sodass ein gewisses Marktversagen wegen der Anbieterdominanz letztlich nicht verhindert werden kann.
2. Monopole sind in der Lage, die Marktpreise zu bestimmen. Sie bieten ihre Produkte zu Preisen an, die oberhalb der Grenzkosten liegen. Den Konsumenten bleibt in diesem Falle nur die Wahl, diese Preise zu akzeptieren oder auf den Kauf zu verzichten.
3. Marktversagen ist auch gegeben, wenn ein Marktteilnehmer sich durch seine Handlungen Vorteile zu Lasten Dritter verschafft, ohne dafür zahlen zu müssen.

Die genannten Argumente, vor allem die Asymmetrie der Information, für das Nicht-Funktio-

nieren eines Marktes treffen in besonderer Weise auch für den Gesundheits„markt" zu:

- Der potenzielle Nachfrager nach Gesundheitsdienstleistungen kann seinen Gesundheitszustand nur unzureichend feststellen und damit den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen nicht sachgerecht bestimmen.
- Er kennt die Behandlungsmöglichkeiten im Regelfall nicht.
- Hinzu kommt, dass der Mensch im Falle einer Erkrankung zu rationaler Entscheidung nicht fähig ist, er also als souveräner Kunde nicht auftreten kann (Wallner, S. 67f. und die dort angegebene Literatur) und deshalb in besonderem Maße auf die Hilfe der Experten angewiesen ist.
- Auch ist er nur schlecht informiert über die Qualität und die Preise der von den verschiedenen Medizinbetrieben angebotenen Produkte und kann diese deshalb als Grundlage für eine Auswahlentscheidung nicht bewerten.

Der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – so zum Beispiel der niedergelassene Arzt oder der im Auftrag eines Krankenhauses handelnde Arzt – hilft dem Patienten bei der Überwindung der skizzierten Informationsdefizite. Die Folge ist: Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird von dem Anbieter induziert.

Der Gesundheitsmarkt kann somit eine Verteilung der knappen Güter nicht in der Weise gewährleisten, dass kein Beteiligter besser gestellt werden kann, ohne einen anderen schlechter zu stellen (= pareto-optimales Gleichgewicht).

1.2.4 Steuerungswirkung des Solidar- und Subsidiaritätsprinzips

Die Entwicklung des Staates in den letzten Jahrzehnten zu einem Wohlfahrtsstatt (Noll, S. 68) und die systematische Überforderung des Staates als Sozialstaat (Huber, S. 5) haben dazu beigetragen, dass das Solidar- und das Subsidiaritätsprinzip immer mehr an Gewicht verlieren. Man kann deshalb nicht damit rechnen, dass Steuerungs-Defizite, die das Recht und der Markt hinterlassen, durch solidarisches und subsidiäres Verhalten der in der Gesellschaft agierenden ausgeglichen werden.

Für das Erodieren der Solidarität und der Subsidiarität lassen sich unter anderem vier Gründe nennen:

1. Weil der Staat immer konsequenter die Rolle eines Versicherers wahrnimmt, der alle Individuen gegenüber möglichst allen Lebensrisiken abschirmt, werden die Mitglieder der Gesellschaft aus ihrer Pflicht entlassen, für sich selbst (= Subsidiaritätsprinzip), aber auch für andere (= Solidarprinzip) verantwortlich zu sein.
2. Die Bemühungen des Staates um Verteilungsgerechtigkeit und um Sicherstellung einer angemessenen Teilhabe aller Bürger an dem gesellschaftlichen Zusammenleben haben zu einer beträchtlichen, aber wenig effizienten Umverteilung des Volkseinkommens geführt. Die Belastung der Bürger mit Steuern und Sozialbeiträgen hat in einem Ausmaß zugenommen, das durch die Leistungen, die die Bürger als Gegenwert empfangen, von diesen vielfach als nicht gerechtfertigt angesehen wird. So kommt es, dass die Neigung der Bürger zunimmt, sich den Belastungen durch Steuerflucht, Schwarzarbeit und ähnlichem mehr zu entziehen.
3. Nun versucht der Staat, diese Entwicklungen durch das Verlangen von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen aufzuhalten. Da zum Beispiel erwartet werden muss, dass die Höhe der Rente in nicht mehr allzu ferner Zukunft nicht mehr ausreichen wird, das Existenzminimum der Bürger in einem angemessenen Umfang zu decken, werden die Bürger aufgefordert, einen eigenen Beitrag zur Finanzierung ihres Alters zu leisten; entsprechende Anreize werden bereitgestellt. Zunehmend wird aber von den Betroffenen darauf hingewiesen, dass sie diesen eigenen Beitrag zusätzlich zu den ohnehin extrem hohen Abgaben nicht leisten können. Sie seien wegen der durch den Staat verursachten hohen Abgaben-Quote nicht in der Lage, die Verantwortung für die finanzielle Alterssicherung zu übernehmen.
4. Die Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland hat sich zu einer Gesellschaft von Individualisten entwickelt – von Individualisten, die nur noch für sich selbst, und dies auch nur sowohl in Bezug auf den zu erwartenden Nutzen als auch hinsichtlich der Leistungen, die vom Staat erhältlich sind, verantwortlich sind. Für ihre Nachbarn und für das Versichern aller Risiken ist die Gemeinschaft zuständig.

Im deutschen Krankenversicherungssystem werden weder die Risiko- noch die Einkommenssolidarität konsequent umgesetzt (Greß, S. 6ff.). Das

Krankenversicherungssystem in Deutschland besteht aus einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung mit unterschiedlichen Prinzipien für die Kalkulation ihrer Beiträge. Diese bevorteilen bei der privaten Krankenversicherung junge und gesunde Singles und führen deshalb zu einer Schwächung der Risikosolidarität, weil die „guten" Risiken zu der privaten Krankenversicherung wechseln und der gesetzlichen Krankenversicherung die „schlechten" Risiken – Familien und chronisch Kranke – erhalten bleiben. Die Einkommenssolidarität ist geschwächt, weil die Beitragsbemessungsgrenze der Tarife der gesetzlichen Krankenversicherung dazu führt, dass die Beiträge mit steigendem Einkommen regressiv sind. Die durch den Staat bewusst herbeigeführte Schwächung des Solidarprinzips führt zu einer Umverteilung der Lasten des Gesundheitssystems zu Ungunsten sozial schwächerer Gesellschaftsschichten und in deren Folge zu Ziel- und Verteilungskonflikten. Dabei ist noch nicht ausgemacht, wer bei dem Versuch, diese Konflikte zu lösen, Gewinner und Verlierer sein wird (Nagel, S. 16).

1.2.5 Steuerungswirkung des Staates

Die Befürworter einer sozialen Marktwirtschaft sind nicht sicher, ob die Mechanismen des Marktes und des Wettbewerbs zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beitragen können. Sie fordern deshalb einen Staat, der den Ordnungsrahmen zur Verfügung stellt, der für die Sicherung sozialer Gerechtigkeit und einer angemessenen Teilhabe aller Bürger am gesellschaftlichen Leben erforderlich ist, der eine Ordnung der Wirtschaft schafft, die den Wettbewerb sichert und stärkt und damit Macht kontrolliert (Huber, S. 3). Viele Beispiele zeigen jedoch, dass die den Staat tragenden Parteien mittels einschlägiger Gesetze einzelne Gruppen begünstigen und damit bestehende Ungleichheiten eher noch verstärken.

Es gibt aber auch Beispiele, die zeigen, wie der Staat in zunächst guter Absicht (von dem Ziel der regierenden Parteien, Wähler gewinnen bzw. binden zu wollen, sei einmal abgesehen) den Abbau einer extrem ungleichen Vermögensverteilung erreichen wollte und dann am Ende zu einer beträchtlichen Gefährdung des Finanz- und Wirtschaftssystems beigetragen hat. Gemeint ist die Politik der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika, die möglichst jedem Bürger der USA zu Hausbesitz verhelfen wollte. Um dieses Ziel erreichen zu können, wurde eine Wirtschaftspolitik niedriger Hypothekenzinsen betrieben. Das Ergebnis ist bekannt.

Staatsversagen ist auch im Gesundheitswesen zu beobachten:

Der Staat sagt den Krankenhäusern deren wirtschaftliche Sicherung dadurch zu (§ 4 KHG in der Fassung vom 17.3.2009), dass

- ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung durch die Bundesländer übernommen werden und dass
- sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten – damit sind im Wesentlichen die Kosten für die Wiederbeschaffung von Gebrauchsgütern, das sind Wirtschaftsgüter mit einer Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, gemeint (Behrends, S. 43) – enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Obwohl die Bundesländer das KHG beschlossen haben, kommen sie den daraus resultierenden Verpflichtungen zur Deckung der Investitionskosten durch die Bereitstellung von Fördermitteln immer weniger nach. Der Staat zwingt damit die Krankenhäuser, die Betriebskosten zu reduzieren und Gewinne zu erwirtschaften, mit denen das Fehlen der Fördermittel ausgeglichen werden kann – Gewinne, die in den einschlägigen Gesetzen nicht vorgesehen sind und deren Erwirtschaftung – wegen der notwenigen Reduzierung des Ressourceneinsatzes – dazu führen kann, dass Patienten dringend erforderliche medizinische Leistungen vorenthalten werden müssen und/oder die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einer angemessenen Entlohnung ihrer Tätigkeit nur noch eingeschränkt befriedigt werden können. Der Staat lässt es sogar zu, dass entgegen den Bestimmungen des § 17 Abs. 4 KHG Anteile der DRG-Fallpauschalen zur Deckung der Investitionskosten, und zwar nicht nur zur Finanzierung der im letzten Absatz genannten Investitionen, verwendet werden.

1.2.6 Zusammenfassung

Es gibt also genügend Gründe für die Annahme, dass die Steuerungswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens, des Marktes, des Solidar- und des Subsidiaritätsprinzips sowie des Staats-

Handelns in Hinblick auf sozial verantwortliches Handeln defizitär sind, dass sie zur Überwindung der sich abzeichnenden Ziel- und Verteilungskonflikte nicht ausreichend sind und/oder sogar neue provozieren können. Das gilt – wie einige einschlägige Beispiele gezeigt haben – auch für die Gesundheitswirtschaft.

Wenn aber damit gerechnet werden muss, dass die skizzierten Mechanismen sozial verantwortliches Handeln nicht wirksam werden lassen, dann bedarf es in den Unternehmen – gewissermaßen als Ergänzung – eines personellen und institutionellen Rahmens, der

- sozial verantwortliches Handeln verlangt,
- die Führungskräfte und Mitarbeiter motiviert, diesem Verlangen zu entsprechen, und
- die Voraussetzungen dafür schafft, dass die Führungskräfte und Mitarbeiter imstande sind, sozial verantwortliches Handeln zu praktizieren.

Dabei muss darauf geachtet werden, dass das Konzept eines Managements der sozialen Verantwortung wirtschaftsverträglich gestaltet wird, damit es von dem Unternehmen dauerhaft akzeptiert werden kann (Huber, S. 2).

1.3 Zielsetzung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung geht nicht von der Vorstellung aus, die Lösung der erwähnten Probleme sei allein im Sinne einer moralischen Selbstverpflichtung der Geschäftsführung und aller übrigen Krankenhaus-Akteure möglich. Es wird nicht unterstellt, die Verantwortlichen seien in der Lage, die sich abzeichnenden Entwicklungen nur durch den Einsatz ihrer Moral in die richtige Richtung zu lenken. Die weiteren Überlegungen basieren deshalb auf dem „Stakeholderansatz" (Freemann, S. 31), der Verantwortung im Sinne der Goldenen Regel begreift und fordert, in die Bedingungen der Zusammenarbeit mit den Stakeholdern zum gegenseitigen Vorteil zu investieren (Suchanek, S. 79).

Die Frage, welche Voraussetzungen in einem Krankenhaus – sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionellen Ebene – geschaffen werden müssen, um die Entscheidungsträger für diese Form der Zusammenarbeit mit den Krankenhaus-Stakeholdern sensibilisieren und der Goldenen Regel zur Wirksamkeit verhelfen zu können, steht im Mittelpunkt der weiteren Ausführungen. Es werden – gewissermaßen als Orientierungshilfen für die Geschäftsführung – Strategien und Instrumente vor- und zur Diskussion gestellt, anhand derer

- eine dem Management der sozialen Verantwortung verpflichtete Unternehmensstrategie entwickelt, implementiert und im Krankenhaus institutionell verankert sowie
- festgestellt werden kann, ob die Strategie erfolgreich, das heißt im Sinne der Idee des Managements der sozialen Verantwortung, realisiert werden kann und wird,
- die aufgabenrelevanten Stakeholder festgestellt sowie deren Bedürfnisse identifiziert, analysiert und bewertet werden können sowie
- ermittelt werden kann, welche Bedeutung die Geschäftsführung und die Krankenhaus-Akteure dem Praktizieren der Goldenen Regel beimessen.

Von dem Management der sozialen Verantwortung muss erwartet werden, dass es nicht nur erfolgreich implementiert wird und zur Befriedigung der als legitim akzeptierten Bedürfnisse der für das Krankenhaus als bedeutsamen erachteten Stakeholder beiträgt. Es muss vor allem einen Beitrag leisten zur Realisierung der Unternehmensziele, also vor allem zur Sicherung der Existenz des Krankenhauses und der darin vorgehaltenen Arbeitsplätze sowie zur weiteren Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Patientenbehandlung.

Von der gesamten Wirkungskette des neu gestalteten Managementprozesses (s. Abb. 1), die sich erstreckt

- von der Identifizierung und Charakterisierung der Stakeholder sowie der Analyse und Bewertung der Stakeholder-Anliegen als Voraussetzung für deren Berücksichtigung bei unternehmerischen Entscheidungen (= Umweltanalyse) und
- der Beantwortung der Frage, ob die für dessen dauerhafte Realisierung notwendigen personellen und strukturellen Voraussetzung gegeben sind (= Unternehmensanalyse), bis hin
- zu den Auswirkungen dieser Entscheidungen auf die Realisierung der Unternehmensziele und der Befriedigung der Stakeholder-Bedürfnisse,

wird in der vorliegenden Untersuchung nur der Teil 1 behandelt. Dieser Teil des Managementprozesses – die Analyse und die Entwicklung der Strategien und Instrumente des Managements der so-

zialen Verantwortung sowie deren Implementierung in die Krankenhausroutine – ist bisher noch wenig untersucht worden und bedarf deshalb besonderer Aufmerksamkeit.

Das Management der sozialen Verantwortung kann seinen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele nur dann leisten, wenn bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden (s. Abb. 2).

- Es bedarf einer Geschäftsführung, die das neue Management-Konzept initiiert, seine Entwicklung und Implementierung aktiv begleitet sowie dauerhaft und für die Führungskräfte und Mitarbeiter erlebbar praktiziert. Das Management der sozialen Verantwortung ist „Chefsache".
- Die Geschäftsführung teilt den Führungskräften und Mitarbeitern mit, was von diesen im Sinne des Praktizierens der Goldenen Regel erwartet wird und was künftig nicht gewünscht wird. Sie überzeugt alle Verantwortungsträger im Krankenhaus von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns und schafft die Voraussetzungen dafür, dass dieses praktiziert werden kann.
- Sie baut eventuell bestehende organisationale Barrieren ab, die die Wahrnehmung von Verantwortung möglicherweise behindern.

Die Zielsetzung der weiteren Betrachtungen ist es, einen Ansatz zu prüfen (Ulrich, S. 147), der die Anforderungen sozial fundierten Handelns mit ökonomischer Rationalität wirksam werden lassen kann und der zum anderen nicht nur in der Instrumentalisierung der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung für ökonomisches Handeln besteht. Mit der vorliegenden Arbeit werden Instrumente vorgestellt, mit deren Hilfe die notwendige ökonomische Orientierung der Krankenhäuser mit dem der Verantwortung gegenüber einer Vielzahl von Stakeholdern – an deren Spitze die Patienten – geschuldeten unternehmerischen Handeln versöhnt werden kann.

Mit Hilfe der hiermit vorgelegten Untersuchung soll eine Diskussion angestoßen werden, die helfen könnte, einen sich abzeichnenden Konflikt, der insbesondere die an dem Behandlungsprozess unmittelbar beteiligten Berufsgruppen – Ärzte, Pflegende, Therapeuten – zunehmend belastet, zu lösen – einen Konflikt, der durch eine im Gesundheitswesen aus der Sicht der Mitglieder der therapeutischen Teams unverkennbar gewordene Tendenz ausgelöst wurde, nach der die für die Patienten unwesentlichen Parameter zur Hauptsache erklärt werden: DRG-Kodierung,

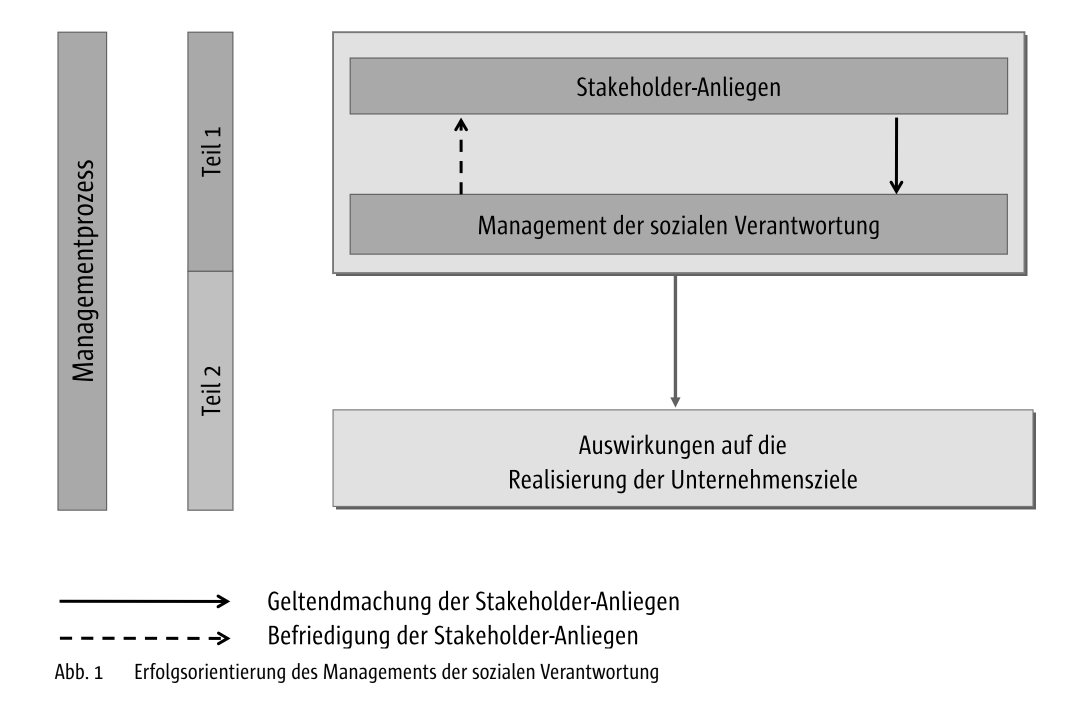


Abb. 1 Erfolgsorientierung des Managements der sozialen Verantwortung

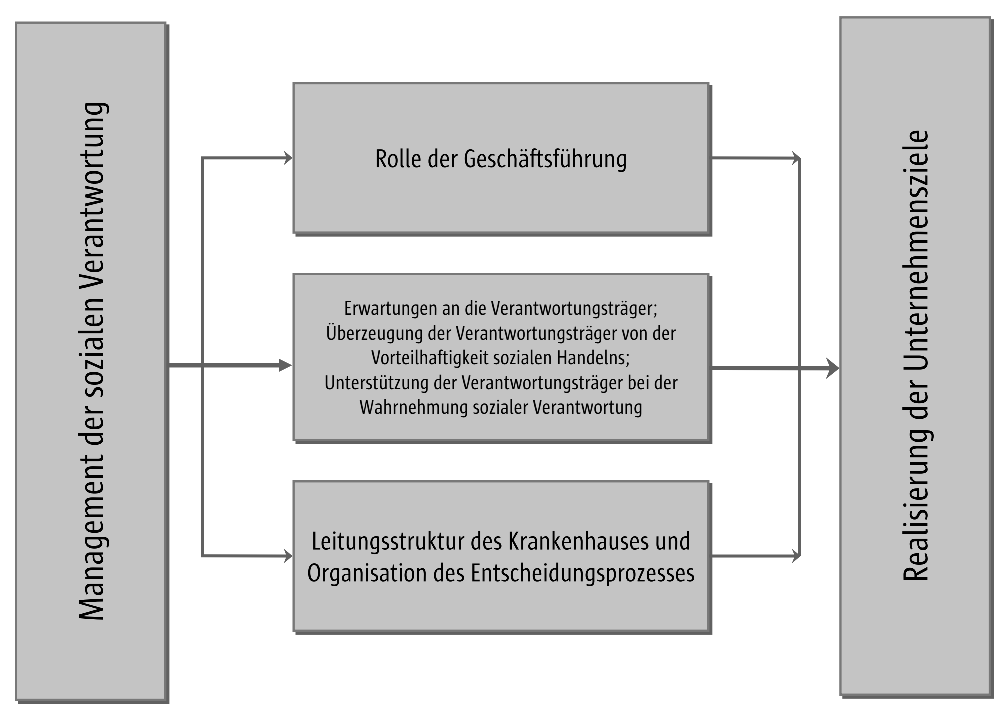


Abb. 2 Wirkungszusammenhang zwischen der Praxis des Managements der sozialen Verantwortung und der Realisierung der Unternehmensziele (in Anlehnung an Andersen, S. 24)

Controlling, Standardisierung u.ä.m. Nicht von Fürsorge, Nächstenliebe, Linderung oder Heilung wird im Krankenhausalltag vor allem gesprochen, sondern von Qualitäts- und Effizienzsteigerung und von der Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses (Storm, S. 2003). Wirtschaftliches Handeln muss nicht nur, aber vor allem auch in Krankenhäusern so ausgerichtet werden, dass es mit den grundlegenden Werteentscheidungen, die das Zusammenleben in unserer Gesellschaft prägen – unter anderem Vertrauenswürdigkeit, Ehrlichkeit und Rücksichtnahme auf Schwächere – vereinbar bleibt (Huber, S. 3).

Die weiteren Betrachtungen gehen davon aus, dass im Regelfall in jedem Krankenhaus für die Gestaltung der Unternehmensstruktur Freiräume gegeben sind, die Erwägungen im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung überhaupt zulassen, und dass die Geschäftsführung den Willen hat, sich dieser Freiräume einschlägig zu bedienen. Ob und wie diese Freiräume schließlich genutzt werden, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Im Sinne der Zielsetzung dieser Arbeit ist es, nicht nur die neuesten Erkenntnisse zum Thema grundsätzlicher Art vorzulegen. Dem Leser soll das Umsetzen der theoretischen Ansätze in konkrete Handlungsanweisungen dadurch erleichtert werden, dass die theoretischen Ausführungen mit einer größeren Zahl von praktischen Beispielen und Hinweisen unterlegt werden.

1.4 Vorgehensweise

Bevor dargelegt werden kann, wie ein Konzept des Managements der sozialen Verantwortung und die strukturellen und personellen Voraussetzungen für dessen Realisieren unter den besonderen Bedingungen eines Krankenhauses gestaltet sein könnten, bedarf es der Verständigung darüber, was unter „sozial" und unter „Verantwortung" verstanden werden soll, welches die Ziele der sozialen Verantwortung sind und wo die Grenzen eines Konzepts der sozialen Verantwortung liegen könnten. Dieses Thema wird zunächst im Allge-

meinen und ohne Bezug auf die spezifischen Produktions- und kulturellen sowie sonstigen Bedingungen der Leitungsarbeit in einem Krankenhaus erörtert (s. Kap. 2 und 3).

Das für ein konkretes Krankenhaus geeignete Konzept des Managements der sozialen Verantwortung gibt es nicht von der Stange (Eiff, von 2000, S. 68). Es muss von innen heraus zusammen mit den Betroffenen entwickelt werden, und zwar so, dass die spezifischen Bedingungen für die Leitung eines Krankenhauses, die sich im Zeitablauf möglicherweise verändern, Berücksichtigung finden können. Die vorliegende Untersuchung beschreibt deshalb – als Anregung für die Analyse im konkreten Entwicklungs- und Implementierungsfall dienende – eine für Krankenhäuser typische Handlungssituation (s. Kap. 4).

Ein zentrales Element der Handlungssituation sind die Anliegen der verschiedenen Stakeholder. Sie werden deshalb in Kapitel 4 erstmals im Rahmen dieses Buches ausführlich dargestellt. Dabei wird immer wieder danach gefragt, wie die verschiedenen Stakeholder möglicherweise reagieren werden, wenn sich die Handlungssituation des Krankenhausmanagements verändert und die Geschäftsführung mit unternehmerischen Entscheidungen darauf antworten muss.

In diesem ersten Teil der Untersuchung kommt es vor allem darauf an, dem Krankenhaus-Management – aufbauend auf den Phasen des strategischen Managementprozesses (s. Abb. 3) – eine Hilfe zu geben, wenn es darum geht, die Voraussetzungen für das Realisieren eines neuen Management-Konzepts zu analysieren.

Ohne zu wissen, wer von den unternehmerischen Entscheidungen betroffen ist und welche Anliegen die Betroffenen an das Krankenhaus haben (s. Abb. 4 – Umweltanalyse auf Stakeholderbasis), und ohne zu wissen, wie das Krankenhauses mit den Stakeholder-Bedürfnissen umgehen will und kann (s. Abb. 5 – Unternehmensanalyse), sind sozial verantwortliche Entscheidungen nicht zu fällen. Die hier verwendeten Schemata zur Darstellung des strategischen Managementprozesses werden in den folgenden Kapiteln – dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand entsprechend – konkretisiert und gegebenenfalls angepasst.

Im Mittelpunkt des Kapitel 5 steht – aufbauend auf den Aussagen in den Kapiteln 2 und 3 – die Beschreibung der verschiedenen Verantwortungsträger- und Stakeholder-Rollen und eines Rahmenkonzepts für das Management der sozialen Verantwortung (Göbel 1992, S. 28). Dabei wird

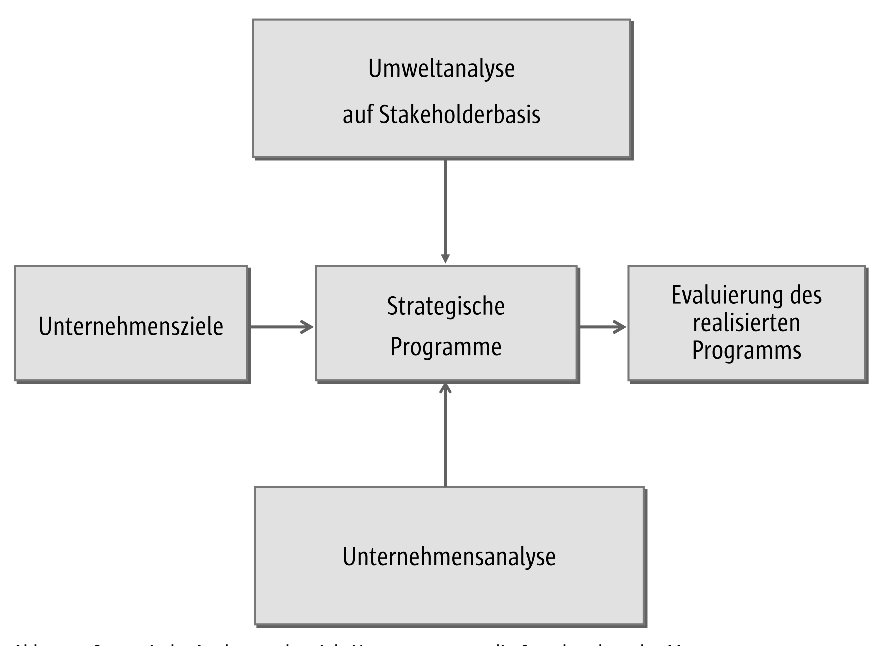


Abb. 3 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – die Grundstruktur des Managementprozesses

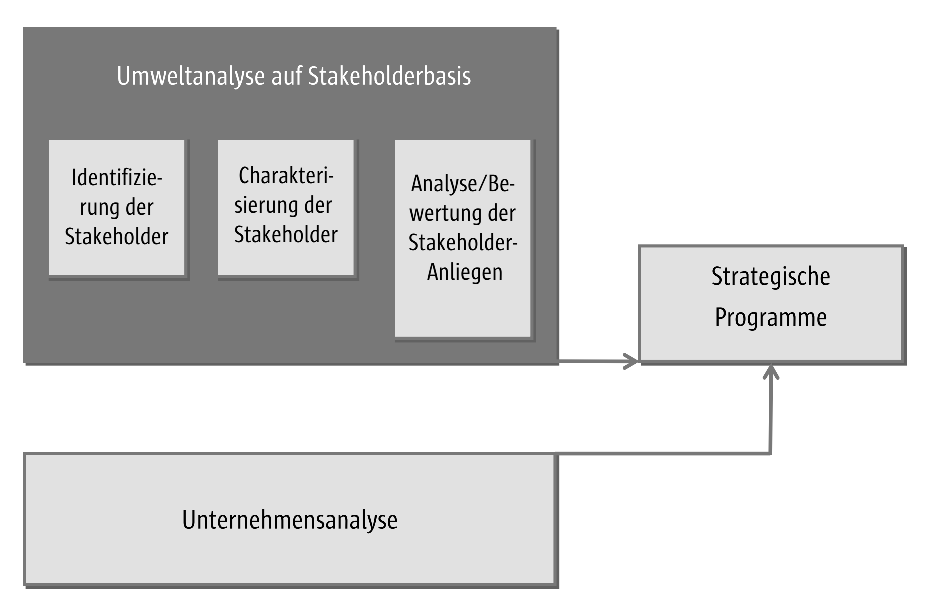


Abb. 4 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – Umweltanalyse auf Stakeholderbasis

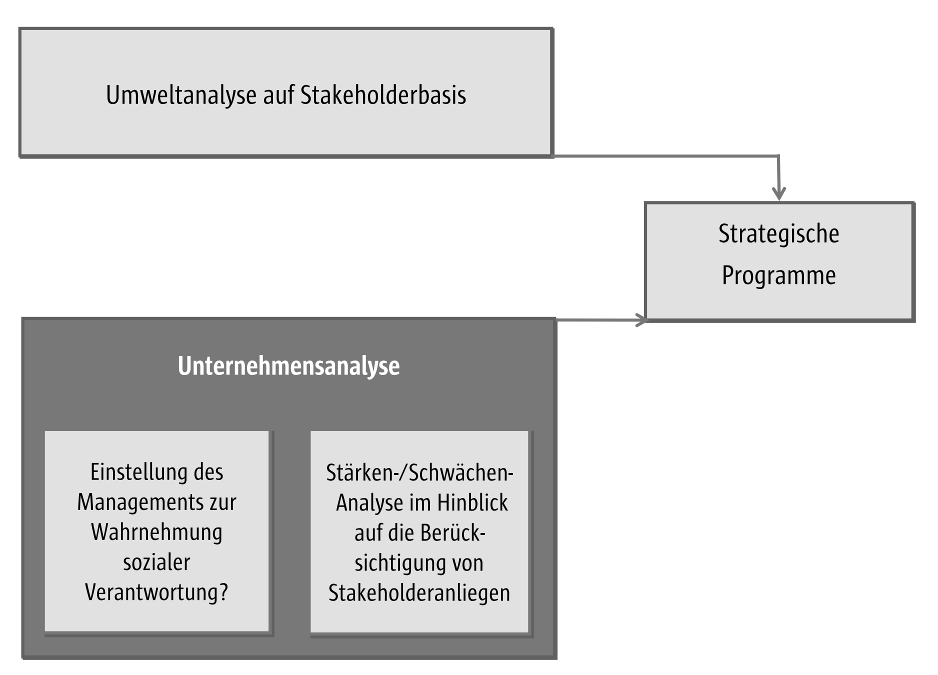


Abb. 5 Strategische Analyse und soziale Verantwortung – Unternehmensanalyse

sich zeigen, dass verschiedene Funktionen – Führungskräfte, Mitarbeiter und der Krankenhaus-Eigentümer – nicht nur Stakeholder in dem bisher verwendeten Sinne, also Betroffene von Entscheidungen anderer Funktionen sind, sondern selbst Entscheidungen fällen, von denen andere betroffen sind (Führungskräfte, Mitarbeiter), oder Instanzen sind, vor denen sich diejenigen, die Entscheidungen fällen, zu verantworten haben (Führungskräfte, Eigentümer).

Die Voraussetzungen für die Realisierung und die institutionelle Verankerung des Managements der sozialen Verantwortung im Krankenhaus sind nach der allgemeinen Beschreibung des strategischen Managementprozesses Gegenstand der Kapitel 6 und 7:

In Kapitel 6 – der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Verantwortung – wird gezeigt, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um die bessere Unternehmensstrategie implementieren zu können, nämlich welche Rolle die Geschäftsführung spielen und wie die Unternehmensstruktur beschaffen sein muss, damit den Führungskräften und allen Mitarbeitern verantwortliches Handeln entsprechend der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung dauerhaft ermöglicht wird. Die spezifische Gestaltung der für dieses Thema relevanten Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit und die des Entscheidungsprozesses sind in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse. Die Anforderungen an die Gestaltung werden einerseits aus der Sicht der Verantwortungsträger formuliert – welche organisatorischen Barrieren müssen abgebaut/vermieden werden, um Verantwortung umsetzen zu können? Zum anderen geht es um die Sicht der Stakeholder und deren Bedürfnisse – welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die relevanten Stakeholder-Anliegen angemessen berücksichtigen zu können?

Die Nachhaltigkeit des implementierten Konzepts eines Managements der sozialen Verantwortung setzt voraus, dass dieses in der Krankenhausorganisation fest verankert ist. Dazu bedarf es einer klaren Ansage der Geschäftsführung, was sie von den Führungskräften und den Mitarbeitern im Sinne des neuen Management-Konzepts erwartet. Die Führungskräfte und die Mitarbeiter müssen von dem Nutzen des Konzepts überzeugt und in die Lage versetzt werden, dieses auch zu praktizieren (s. Kap. 7).

Während in den Kapiteln 5, 6 und 7 die Bausteine eines Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung beschrieben werden, sind Gegenstand des den zweiten Teil der Arbeit abschließenden Kapitel 8 Empfehlungen für die Implementierung dieses Konzepts in die Praxis.

Die Arbeit wird abgerundet (s. Kap. 9) mit der Präsentation eines Beispiels für die gelungene Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung.

2 Grundlagen des Managements der sozialen Verantwortung von Unternehmen

Silke Bustamante

2.1 Das Konzept der sozialen Verantwortung von Unternehmen

2.1.1 Der Begriff der Verantwortung in der Unternehmensethik

Verantwortung wird verstanden als „Eintreten-(müssen) eines Subjekts für ein Objekt" (Fetzer 2004, S. 88). Sie gilt als fundamentale Forderung der Unternehmensethik (Göbel 2006, S. 99), welche sich mit der Frage nach den richtigen Normen und Wertvorstellungen, denen Unternehmen genügen sollten, beschäftigt[5].

Mit dem Subjekt wird auf die Frage geantwortet, wer Verantwortung trägt. Im Bereich der Unternehmensverantwortung sind dies im Wesentlichen die Geschäftsführung, sonstige Führungskräfte und die Mitarbeiter, die für ein Unternehmen handeln, aber auch die Institution „Unternehmen" selbst (Enderle 1988, S. 56).

Bei dem Verantwortungsobjekt geht es einerseits um Aufgaben, Handlungen, Unterlassungen oder Entscheidungen und deren Folgen, aber auch um die Adressaten dieser Handlungen (man selbst oder andere, welche durch das Tun oder Lassen betroffen sind). Wesentlich für den Begriff der Verantwortung ist das Vorliegen einer Verantwortungsrelation (das heißt eine Einflussmöglichkeit des Subjektes auf das Objekt) sowie einer Instanz, vor der man sich zu verantworten hat (z.B. Gerichte, Öffentlichkeit, Gott, Vernunft, Gewissen) (Göbel 2006, S. 102).

Verantwortliches Handeln setzt Handlungsspielräume voraus, innerhalb der die Handelnden, unter Berücksichtigung ethischer Überlegungen und der Interessen der durch die Handlungen betroffenen Personen, Entscheidungen fällen (z.B. Küpper; Picot 1999, S. 132). Diese Handlungsspielräume sind nur gegeben, wenn das Unternehmen nicht von externen Instanzen (insbesondere von Gerichten) „zur Verantwortung gezogen wird", sondern freiwillig und eigenverantwortlich für die Folgen seines Handelns eintritt (z.B. Fetzer 2004, S. 200).

Nicht nur Gerichte können Unternehmen zur Verantwortung ziehen, sondern auch die Öffentlichkeit, welche Anforderungen an das Verhalten und gesellschaftliche Engagement

5 In diesem Zusammenhang gibt es unterschiedliche Auffassungen über die „richtigen" Normen und Wertvorstellungen, welche sich aus allgemeinen ethischen Prinzipien, dem Prinzip der Vernunft oder dialogisch aus den Ansprüchen der Verantwortungsadressaten ableiten lassen können (vgl. hierzu zum Beispiel Homann/Gerecke (1999), Ulrich (2001) und Steinmann/Löhr (1992)).

von Unternehmen stellt und Unternehmen kritisiert, kontrolliert und sanktioniert (Göbel 2006, S. 106). Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob, wann bzw. in welchem Grad dem Unternehmen dennoch Handlungsspielräume bleiben, so dass man von freiwilliger Verantwortungsübernahme sprechen kann. Wenn der Öffentlichkeit bzw. den Konsumenten ökonomische oder andere Sanktionen zur Verfügung stehen, durch welche sie Unternehmen zu erwartungskonformen Verhalten zwingen können, könnte man dies in Abrede stellen. Allerdings spielt die soziale Kontrolle eine entscheidende Rolle für die Durchsetzung ethischer Orientierung und es unterscheidet sich der ethische Koordinationsmechanismus über soziale Sanktionsmechanismen von dem Zwang rechtlicher Normen (Schreyögg; Koch 2007, S. 60). Grundsätzlich wird daher im Folgenden davon ausgegangen, dass Erwartungen der Öffentlichkeit und einzelner Personen oder Personengruppen normativ nicht so verpflichtend sind, dass dadurch der Charakter der Freiwilligkeit in Abrede gestellt werden muss.

Der Verantwortungsbegriff berührt unterschiedliche Typen ethischer Argumentation. Insbesondere stellt sich die Frage, ob sich Verantwortung im Wesentlichen auf die Folgen des Handelns bezieht, oder ob auch die Absicht bzw. das Handeln nach sittlich anerkannten Maßstäben für die Bewertung menschlichen bzw. unternehmerischen Handelns relevant sind[6].

Berücksichtigt man alle drei Aspekte, so bedeutet Unternehmensverantwortung, „dass sich Subjekte (Unternehmensmitglieder sowie die Unternehmung selbst) für ihr Tun und Lassen und die Folgen daraus [freiwillig] verantwortlich erklären und sich gemäß dieser Verantwortung auf der Grundlage sittlicher Verbindlichkeiten richtig verhalten wollen“ (Göbel 2006, S. 104). Eine derart verstandene Definition von Verantwortung beinhaltet einerseits das freiwillige Eintreten für die *Folgen* von Handlungen, andererseits aber auch das *gewollte* Handeln nach verbindlichen *sittlichen Grundsätzen*.

2.1.2 Soziale Verantwortung – der Bezug auf die Stakeholder

Der Begriff sozial (von lat. Socius = gemeinsam, verbunden, verbündet) bezeichnet die wechselseitigen Bezüge (Prozesse, Handeln bzw. daraus erwachsenden Institutionen), die in den Gesamtzusammenhang der Gesellschaft eingelagert sind (Hartfiel; Hillman 1972, S. 695). In der Umgangssprache bedeutet sozial den Bezug einer Person (bzw. eines Unternehmens) auf eine oder mehrere andere Personen.

Im Zusammenhang mit der Unternehmensverantwortung kann sich der Begriff „sozial“ auf soziale Belange bzw. Themen beziehen, für welche sich ein Unternehmen verantwortlich erklärt, oder aber auf die Adressaten als Personen und Personenkreise, mit welchen das Unternehmen in einer sozialen bzw. wechselseitigen Beziehung steht. Dies sind bei Unternehmen zum Beispiel Mitarbeiter, Kunden, Lieferanten, Gläubiger, der Staat und gesellschaftliche Gruppierungen (Umweltschutzverbände, Verbraucherschutzverbände u.ä.) bzw. bei Krankenhäusern die Krankenhausbelegschaft, Patienten, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen. In der Regel besteht zwischen Unternehmen und der entsprechenden Person bzw. Personengruppe ein einseitiger oder gegenseitiger Anspruch, ein Verlustrisiko bzw. zumindest ein Interesse an dem Bestand und der Weiterentwicklung des Unternehmens, sodass sich für letztere die Bezeichnung „Stakeholder“ eingebürgert hat[7]. Da die Verantwortung für soziale Belange in der Regel durch die Stakeholder eingefordert wird, soll im Folgenden der Bezug der Unternehmensverantwortung auf die Stakeholder des Unternehmens im Vordergrund stehen.

Soziale Verantwortung von Unternehmen bedeutet dann, dass Unternehmen bzw. ihre Mitglieder sich (freiwillig) verantwortlich erklären für ihr Handeln bzw. dessen Auswirkungen auf das soziale Gefüge, welches durch die Stakeholder ausgedrückt wird und sich gemäß dieser Verantwortung auf der Grundlage sittlicher Verbindlichkeiten richtig verhalten wollen. Da Unternehmen sich in der Regel mit einer Vielzahl von Personen und Personengruppen mit unterschiedlichen Interessen und Ansprüchen konfrontiert sehen, für welche sie in unterschiedlichem Ausmaß Verant-

6 Es geht hier im Wesentlichen um Argumentationsmuster der Gesinnungs-, Pflichten- und Folgenethik.

7 Von „to have a stake in something“. Vgl. zum Konzept des Stakeholder-Ansatzes Freeman, 1984 sowie Kapitel 2.2.2.

wortung tragen, sind bei Interessen- und Ressourcenkonflikten Entscheidungen zu treffen, welche Ansprüche und Interessen mit welcher Priorität behandelt werden. Laut dem Grünbuch der EU handelt ein Unternehmen dann verantwortlich, *„wenn es anstrebt, ein für alle Beteiligten akzeptables Gleichgewicht zwischen den Erfordernissen und Bedürfnissen der verschiedenen Stakeholder herzustellen"* (Europäische Kommission 2002, S. 4). Was dabei akzeptabel ist und wie ein solches Gleichgewicht hergestellt wird, kann nur auf Basis einer eingehenden Stakeholderanalyse und mit Rückgriff auf ethische Prinzipien bzw. Maßstäbe[8] entschieden werden (s. Kap. 3.3.3).

2.1.3 Soziale Verantwortung von Unternehmen als Managementkonzept

Soziale Verantwortung von Unternehmen (auch bezeichnet als Corporate [Social] Responsibility) wird in der politischen und betriebswirtschaftlichen Diskussion inzwischen als Konzept der Unternehmensführung begriffen, mittels dessen verantwortliches Verhalten im Unternehmen verankert werden kann.

In dem Grünbuch der Europäischen Kommission wird soziale Verantwortung von Unternehmen definiert als „ein Konzept, dass den Unternehmen als Grundlage dient, auf freiwilliger Basis soziale Belange und Umweltbelange in ihre Unternehmenstätigkeit und in die Wechselbeziehungen mit den Stakeholdern zu integrieren" (Europäische Kommission 2001, S. 8), wobei ein „für alle Beteiligten akzeptables Gleichgewicht zwischen den Erfordernissen und Bedürfnissen der verschiedenen Stakeholder herzustellen [ist]" (Europäische Kommission 2002, S. 4). Die gesamthafte Steuerung ökologischer, sozialer und ökonomischer Aspekte dient dabei erstens der Erreichung einer nachhaltigen Unternehmens- und Geschäftsentwicklung und zweitens der Sicherstellung eines positiven Beitrag des Unternehmen zur nachhaltigen Entwicklung der gesamten Gesellschaft (Europäische Kommission 2002, S. 9). Wesentlicher Bestandteil des Konzeptes sind folglich die Freiwilligkeit (das heißt über gesetzliche Verpflichtung hinausgehende Aktivitäten), der Bezug auf das aus der Nachhaltigkeitsdiskussion stammende drei Säulen Prinzip sowie die Orientierung an den Erwartungen und Werten der Stakeholder eines Unternehmens.

Im folgenden wird soziale Verantwortung daher verstanden werden als integrierendes Unternehmenskonzept, welches unter Berücksichtigung unternehmensspezifischer Ziele, Werte und Kompetenzen sowie der Interessen relevanter Stakeholder verantwortungsvolles Handeln ganzheitlich im Unternehmen verankert und alle über gesetzliche Bestimmungen hinausgehende sozialen, ökologischen und ökonomischen Beiträge eines Unternehmens zur freiwilligen Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung beinhaltet (Meffert; Münstermann 2005, S. 22).

2.2 Die Akteure der sozialen Verantwortung von Unternehmen

2.2.1 Verantwortungsträger

Wie in Kapitel 2.1.1 angesprochen, können sowohl das Unternehmen selbst als auch die für das Unternehmen in ihrer Rolle als Führungskräfte oder Mitarbeiter handelnden Individuen als Verantwortungssubjekte gesehen werden. Mitverantwortung tragen außerdem all jene Wirtschaftsakteure, welche indirekt das Unternehmenshandeln beeinflussen, z.B. Konsumenten, Eigentümer bzw. Investoren (sofern sie nicht selbst in der Geschäftsführung des Unternehmens involviert sind) und Politiker (Göbel 2006, S. 100). Nicht zuletzt prägt die vorhandene Rahmenordnung, innerhalb derer sich Unternehmen bewegen, die Entscheidungen der in ihr handelnden Unternehmen und schreibt ihnen bestimmte Rollen zu (ebenda, S. 96).

Unternehmen sowie die in ihnen handelnden Individuen tragen Aufgabenverantwortung (das heißt die Zuständigkeit für bestimmte Funktionen, Ämter und Rollen) sowie Handlungsverantwortung (das heißt die Zuständigkeit für die Folgen und Nebenfolgen des eigenen Tun und Lassens) (Höffe 2008, S. 326f.) und sind für die Wahrnehmung und Berücksichtigung von Stakeholderanliegen verantwortlich.

Die Verantwortungsfähigkeit und -notwendigkeit von Unternehmen wird dabei wie folgt begründet:

- Einerseits kann das Unternehmen als besondere Art von Subjekt mit stabiler Identität ge-

8 Unter ethischen Maßstäben werden dabei Maßstäbe bzw. Kriterien verstanden, welche auf allgemeingültigen Werten und Normen beruhen bzw. allgemein anerkannt sind.

sehen werden, welches intentional handelt und dadurch Wirkungen auf Dritte hervorruft und dessen innere Struktur das Entscheiden und Handeln der Individuen in der Unternehmung maßgeblich beeinflusst (z.B. Enderle 1992, French 1979).

- Andererseits kann man argumentieren, dass Unternehmen einen institutionellen Rahmen für die in ihr handelnden Individuen schaffen und auf diese Weise Verantwortung tragen (i.d.S. Göbel 2006, S. 89).
- Schließlich sind Unternehmen als Verantwortungsträger notwendig, da Folgen einer Handlung nicht immer natürlichen Personen zugerechnet werden können und potenziell Geschädigte in diesem Fall nur von Unternehmen Ausgleich erhalten können.

Die Verantwortungsübernahme der für das Unternehmen handelnden Individuen ergibt sich aus der Tatsache, dass diese nicht gleichsam willenlos innerhalb einer gegebene Struktur agieren, sondern die innere Struktur des Unternehmens mit gestalten, ihren Regeln Folge leisten, sie hinterfragen und Lücken und Mehrdeutigkeiten in den Rahmenbedingungen überbrücken. Darüber hinaus können Individuen auch durch Entscheidungen und Handlungen, welche nicht in der Struktur berücksichtigt sind, als Vorbildfunktion fungieren.

Die Verantwortung des Unternehmens und der in ihm handelnden Individuen stehen also in einem wechselseitigen Zusammenhang. Das Unternehmen und dessen innerbetriebliche Rahmenordnung (Organisationsstruktur, Prozesse, Anreize, Unternehmenskultur) ist also Medium des Handelns und beeinflusst das Handeln der Individuen, gleichzeitig ist dessen Struktur aber auch Resultat des Handelns der Individuen, die diese reproduzieren, ergänzen oder ändern[9].

Konsumenten, Eigentümer, Investoren und Politiker sind in der Regel nicht nur Mitträger der Verantwortung, sondern gleichzeitig auch ihre Adressaten (s. Kap. 2.2.2); auch können sie ihren Einfluss nur indirekt geltend machen. Im Folgenden wird daher das Unternehmen und die im Unternehmen handelnden und entscheidenden Personen als Träger und sonstige Wirtschaftsakteure mit nur indirektem Einfluss als Adressaten der Unternehmensverantwortung betrachten.

2.2.2 Stakeholder als Adressaten der Unternehmensverantwortung

Grundsätzlich werden zu den Adressaten der Verantwortung diejenigen Subjekte gezählt, denen gegenüber ein Unternehmen seine Verantwortung erklärt oder welche ein Unternehmen auf seine Verantwortung ansprechen (Fetzer 2004, S. 209). Potenziell sind dies all jene Personen oder Personengruppen, die sich von der Unternehmenstätigkeit in irgendeiner Art und Weise direkt oder indirekt betroffen fühlen und/oder Einfluss auf das Unternehmen haben bzw. auf deren Unterstützung das Unternehmen angewiesen ist (Rhenman 1968, S. 25). Diese werden auch als „Stakeholder" bezeichnet (Freeman 1984, S. 46).

Zu den möglichen Stakeholdern gehören demnach:

- Eigentümer[10] (Anspruch auf Verzinsung des eingesetzten Kapitals, Mitspracherechte),
- Mitarbeiter und Führungskräfte (Anspruch auf Beschäftigung, Sicherheit, Gehaltszahlungen),
- Kunden/Klienten/Patienten (Anspruch auf Qualität, Zuverlässigkeit, Transparenz, Service),
- Lieferanten/Geschäftspartner (Anspruch auf Forderungsbegleichung und Stabilität der Geschäftsbeziehung)[11],
- Kapitalmarkt, insbesondere Kreditgeber (Anspruch auf Zinsen und Tilgung),
- der Staat/die Behörden (Anspruch auf Steuergelder, Umweltschutz, Arbeitsplätze, Erfüllung eines ggf. bestehenden öffentlichen Auftrages) und
- die Öffentlichkeit (Parteien, Verbände, Kirchen, Medien, NGO's mit unterschiedlichen Ansprüchen).

Für das Krankenhaus sind zusätzlich zum Beispiel die Krankenkassen und niedergelassene Ärzte als

9 Konzept der „Dualität von Struktur" nach Giddens (1988). Vgl. dazu auch Albach, 2005, der Unternehmensethik als Ethik des Individuums auf der einen Seite und Ordnungsethik auf der anderen Seite begreift.

10 Sofern eine Trennung von Eigentum und Kontrolle vorliegt, das heißt angestellte Manager im Auftrag der Eigentümer die Geschäftsführung übernehmen.

11 Im Krankenhaus gehören dazu Pflegedienste, niedergelassene Ärzte, Pharmaunternehmen, Sanitätshäuser u.ä.

wichtige Adressaten der Verantwortung zu nennen (s. Tab. 1 in Kap. 1).

Sowohl angestellte Führungskräfte als auch sonstige Mitarbeiter wurden in Kapitel 2.2.1 gleichzeitig als Verantwortungsträger klassifiziert, das heißt sie unterliegen einer Doppelrolle: Einerseits sind sie für die Wahrnehmung der Interessen anderer Stakeholder zuständig, andererseits haben sie eigene Ansprüche an das Unternehmen mit Blick auf gerechte Entlohnung und ein angemessenes Arbeitsumfeld (Göbel 2006, S. 121).

Nicht alle der genannten Gruppen werden tatsächlich von Unternehmen in gleicher Weise als Verantwortungsadressaten in Betracht gezogen. Vielmehr werden Stakeholder vielfach nach unterschiedlichen Kriterien klassifiziert und bewertet. Bei einer strategisch motivierten Bewertung geht es im Wesentlichen um das Einflusspotenzial und die Bedeutung verschiedener Stakeholdergruppen für den Unternehmenserfolg (Freeman 1984). Aus ethischer Sicht wird argumentiert, dass nur jene Personen/Personengruppen als Stakeholder verstanden werden sollten, die bereit sind, ihre Ansprüche argumentativ zu begründen und deren Anliegen als „legitim" erachtet werden (Ulrich 2001, S. 442; Fetzer 2004, S. 225). Legitim sind dabei in der Regel rechtlich begründete Interessen (z.B. auch alle auf vertraglichen Bindungen beruhenden Verpflichtungen) (Homann 1999, S. 54). Als wesentlich wird aber ein ethisches Bezugssystem für die Bewertung der Stakeholderanliegen betrachtet (Göbel 2006, S. 130). Ausgeschlossen werden zum Beispiel sozial disqualifizierte Anliegen wie zum Beispiel Lust an Sadismus, Zerstörung oder Herrschsucht (Höffe 2003, S. 21).

Welche Stakeholder für ein Unternehmen tatsächlich relevant sind, und welche Anliegen aus strategischer oder ethischer Sicht in Betracht gezogen werden, kann nicht allgemeingültig formuliert werden, sondern muss im Rahmen einer Stakeholderanalyse unternehmensspezifisch definiert werden (vgl. Kap. 3.3.2). Grundsätzlich soll im Folgenden der Ansicht gefolgt werden, dass die ethische Bewertung der Stakeholder seine Basis im Wertegerüst des Unternehmens findet (Freeman 1999, S. 234), wobei auf allgemein akzeptierte Bezugssysteme rekurriert werden sollte (z.B. Menschenrechte, Nachhaltigkeitsprinzip) (Göbel 2006, S. 131ff.). Auf dieser Grundlage verfolgt ein (strategisches) Stakeholdermanagement das Ziel, die unterschiedlichen Interessen potenziell relevanter Stakeholder in Einklang zu bringen, wobei ethische Kriterien für die Bewertung ihrer Anliegen mit berücksichtigt werden müssen.

2.3 Dimensionen und Reichweite der sozialen Verantwortung

2.3.1 Überblick über Dimensionierungsansätze

Die Reichweite des Konzeptes der sozialen Verantwortung kann über verschiedene Aspekte definiert werden:

- Erstens geht es darum, was von Unternehmen rechtlich und/oder aus sittlichen Vorstellungen heraus erwartet werden kann und muss und welcher Grad der normativen Verbindlichkeit durch das Verantwortungskonzept abgedeckt wird (Bindungscharakter der Normen bzw. Erwartungen).
- Zweitens geht es um die Frage, auf welche Themenbereiche sich das Konzept der sozialen Verantwortung erstreckt, das heißt den Grad der Verantwortung für ökonomische, soziale und/oder umweltrelevante Themen.
- Drittens geht es um den Bezug zur eigentlichen Unternehmenstätigkeit (dem Kerngeschäft) und die Übernahme von Verantwortung innerhalb oder außerhalb der Wertschöpfungskette des Unternehmens (begrenzt sich Verantwortung auf solche Aktivitäten, welche mit dem Kerngeschäft des Unternehmens unmittelbar verbunden sind, oder unterstützt das Unternehmen als Corporate Citizen mit entstandenen Gewinnen gesellschaftlich relevante Themen?).
- Und viertens geht es schließlich darum, inwieweit Unternehmen und die im Unternehmen handelnden Individuen nur für die unmittelbaren Konsequenzen ihrer Entscheidungen und Handlungen, auch für das institutionelle Gerüst, innerhalb dessen sie ihre Entscheidungen treffen, Verantwortung tragen.

2.3.2 Dimensionierung über normative Bindungskraft

Für eine Dimensionierung nach der normativen Bindungskraft der Erwartungen liefert das Konzept von Carroll eine gute Grundlage. Carroll (1979 und 1999) unterscheidet – neben der ökonomischen Verantwortung, die er als Grundbedingung

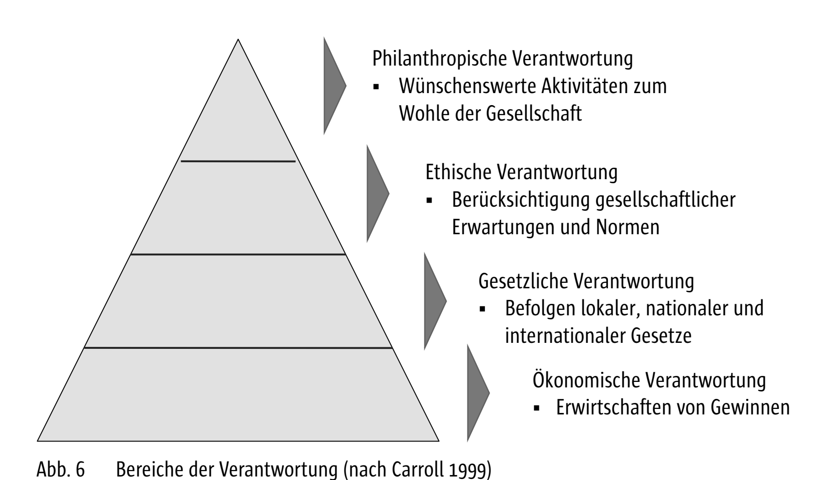


Abb. 6 Bereiche der Verantwortung (nach Carroll 1999)

für die Existenz von Unternehmen voraussetzt – die rechtliche, die ethische und die philanthropische Verantwortung. Dabei ist die Gesetzestreue Pflicht; die ethische Verantwortung wird erwartet und die philanthropische Verantwortung gewünscht (vgl. Abb. 6).

Mit Bezug auf Kapitel 2.1.1, in welchem Freiwilligkeit als wesentliches Charakteristikum sozialer Verantwortung beschrieben wurde, würde die Sicherstellung rechtlich bindender Regeln (heute als „Compliance“ bezeichnet) vorausgesetzt werden und nicht unter das Konzept der sozialen Verantwortung fassen. Dies steht auch im Einklang mit der Ansicht, das sozial verantwortliches Handeln Handlungsspielräume voraussetzt, innerhalb derer die Handelnden unter Berücksichtigung ethischer Überlegungen und der Interessen der betroffenen Stakeholder Entscheidungen fällen (Schreyögg; Koch 2007, S. 59). Relevant für ein Management der sozialen Verantwortung sind aber in jedem Fall die ökonomische Verantwortung (als Voraussetzung und begründet durch die Erwartung der Eigentümer, Financiers und Mitarbeiter als Stakeholder) sowie die ethische Verantwortung. Bei philanthropischen Aktivitäten handelt es sich in der Regel um Aktivitäten der Gewinnverwendung (Spenden für soziale Zwecke oder die Umwelt, Corporate Volunteering Programme), welche zusätzlich zum Kerngeschäft durchgeführt werden. Im Unterschied zu der ethischen Verantwortung existiert dabei in der Regel kein Konflikt zwischen Stakeholdergruppen, der unter Anwendung ethischer Maßstäbe und im Dialog mit den Stakeholdern gelöst werden muss, sodass dieser Bereich häufig nicht der Unternehmensethik zugerechnet wird (Schreyögg 2007, S. 58). Nichtsdestotrotz nimmt das Unternehmen aber auch durch Mäzenatentum und Spenden eine gesellschaftliche Verantwortung ein und positioniert sich als „Corporate Citizen“, so dass auch dieser Bereich grundsätzlich zum Management sozialer Verantwortung gezählt wird.

In Zusammenhang mit dem Charakteristikum der Freiwilligkeit bzw. der Existenz von Handlungsspielräumen sind zwei Besonderheiten zu beachten. Einerseits ist aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen und ethischer Erwartungen der Grad der normativen Bindung abhängig vom Ort der Unternehmensaktivität – von einem Unternehmen wird in Europa anderes erwartet als in den USA oder in Asien. Andererseits ist die Existenz von Handlungsspielräumen abhängig von den beteiligten Akteuren im Unternehmen und kann von der Unternehmensführung gesteuert werden. Selbst wenn für das Unternehmen Handlungsspielräume bestehen, kann die Unternehmensführung durch interne Richtlinien ethisches Verhalten für die Mitarbeiter verbindlich machen oder über Leitlinien Hinweise geben, wie bei schwierigen Entscheidungen ethisch richtig verfahren werden könnte.

2.3.3 Inhaltliche Dimensionierung

Bei der inhaltlichen Abgrenzung geht es um Themenfelder, für welche Unternehmen eine Verantwortung tragen. Gemäß der in Kapitel. 2.1 genannten Definition bezieht sich das Konzept der

sozialen Verantwortung auf soziale, ökologische und ökonomische Aspekt (s. Abb. 7).

Die ökonomische Verantwortung bezieht sich einerseits auf die Verpflichtung des Unternehmens gegenüber seinen Anteilseignern, Financiers und Mitarbeitern und gilt als Voraussetzung für weitere ökologische und soziale Aktivitäten. Andererseits fallen darunter auch freiwillige ökonomische Beiträge über das Kerngeschäft hinaus, wie zum Beispiel die Sicherung der Standortattraktivität. Die Verpflichtung zur Berücksichtigung ökologischer Aspekte kann aus den Präferenzen heutiger und zukünftiger Stakeholder abgeleitet werden. Eine Steuerung ökologischer Verantwortung vollzieht sich dabei über eine intensive Analyse der gesamten Wertschöpfungskette mit Blick auf die direkten und indirekten ökologischen Konsequenzen der Geschäftstätigkeit. Soziale Verantwortung schließlich bezieht sich auf die Verantwortung gegenüber sonstigen Personen bzw. Personengruppen und Institutionen, mit denen das Unternehmen direkt oder indirekt interagiert, das heißt Mitarbeiter, Kunden bzw. Patienten, Ärzte etc.

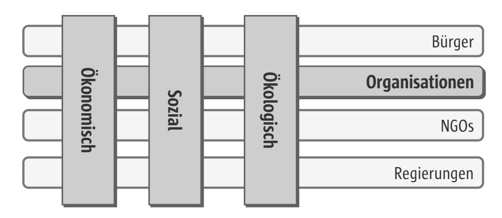


Abb. 7 Das 3-Säulen Konzept der unternehmerischen Verantwortung

2.3.4 Dimensionierung nach dem Bezug zur Unternehmenstätigkeit

Die Dimensionierung nach dem Bezug zur Unternehmenstätigkeit bezieht sich im Wesentlichen darauf, wie weit die Verantwortung von Unternehmen über das eigentliche Kerngeschäft hinaus reicht bzw. reichen sollte (Hiß 2006, S. 38ff.; s. Abb. 8)[12].

12 Hiß sieht allerdings einen dritten inneren Verantwortungsbereich „Markt und Gesetz", welchen sie auch als „unfreiwillige" CSR bezeichnet.

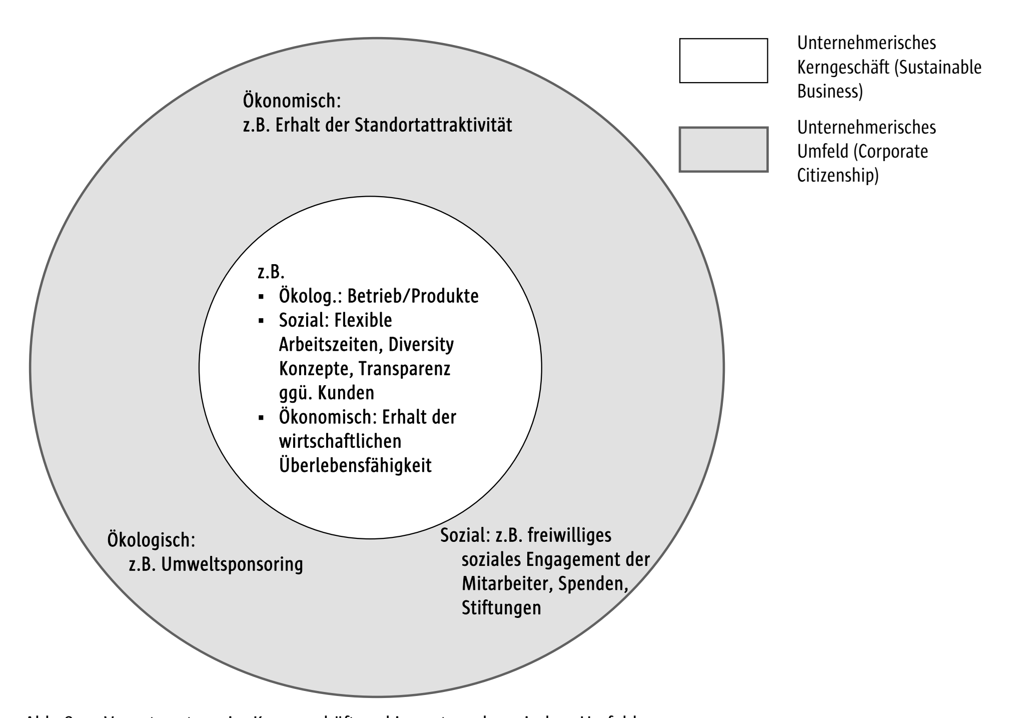


Abb. 8 Verantwortung im Kerngeschäft und im unternehmerischen Umfeld

Verantwortung innerhalb des Kerngeschäftes umfasst CSR-Aktivitäten, welche mit der Ausgestaltung der Wertschöpfungskette verbunden sind. Beispiele hierfür sind die Berücksichtigung ökologischer Aspekte im Produktionsprozess bzw. allgemeinem Betrieb (Verwendung umweltfreundlicher Materialien, Maßnahmen der Energieeinsparung, Reduktion von Emissionen u.ä.), Verhaltenskodizes oder soziale Gütesiegel. Im Kern muss dabei eine Unternehmenskultur stehen, welche den Verantwortungsgedanken unterstützt und lebt. Verantwortung außerhalb des Kerngeschäftes (auch als „äußerer Verantwortungsbereich" bezeichnet) umfasst philanthropische Aktivitäten, Mäzenentum, Spenden, Corporate Volunteering (Freistellung der Mitarbeiter für soziale Aktivitäten) und Public-Private Partnerships (kooperatives Zusammenwirken von Hoheitsträgern mit privaten Wirtschaftssubjekten). Dieser Verantwortungsbereich wird häufig auch als Corporate Citizenship bezeichnet (Schaltegger; Müller 2007, S. 22).

Initiativen der Wirtschaft (z.B. BAUM[13] oder Econsense[14]), welche sich mit Themen sozialer Verantwortung befassen, betreffen in der Regel beide Bereiche. Häufig geht es um einen Informationsaustausch bezüglich sinnvoller Maßnahmen und Vorgehensweisen oder aber um die Gestaltung von branchenweiten und branchenübergreifenden Standards, mit dem Ziel, dass sich verantwortliches Handeln zumindest nicht negativ auf die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen auswirkt. Teilweise dienen die Initiativen dazu, engagierte Unternehmen mit sozialen Mittlerorganisationen zusammenzubringen, um so gemeinsame Projekte zu gestalten (z.B. UPJ-Netzwerk).

13 BAUM – Bundesdeutscher Arbeitskreis für umweltbewusstes Management, der 1984 als erste überparteiliche Umweltinitiative der Wirtschaft gegründet wurde.

14 Econsense – Forum Nachhaltige Entwicklung der Deutschen Wirtschaft e.V. ist ein Zusammenschluss führender global agierender Unternehmen und Organisationen der deutschen Wirtschaft zu den Themen Corporate Social Responsibility (CSR) und Nachhaltige Entwicklung (Sustainability). Das Unternehmensnetzwerk – im Jahr 2000 auf Initiative des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V. (BDI) gegründet – versteht sich als Think Tank und zentrale Dialogplattform.

2.3.5 Ebenen der sozialen Verantwortung

Unternehmerisches Handeln vollzieht sich auf drei Ebenen der Wirtschaft, welche miteinander in wechselseitigem Zusammenhang stehen (Enderle 1988, S. 55ff.):

- **Die Mikroebene** setzt sich zusammen aus den individuellen Wirtschaftsakteuren (insbesondere Konsumenten, Produzenten bzw. Dienstleistungsanbieter und Investoren), an deren Verhalten bestimmte Forderungen und Erwartungen geknüpft werden.
- **Die Mesoebene** konstituiert sich aus den Unternehmen als wirtschaftliche Organisationen. Das Unternehmen als Subjekt mit stabiler Identität kann Wirkungen an Dritten hervorrufen und beeinflusst über die innerbetriebliche Rahmenordnung die Entscheidungen der Unternehmensmitglieder. Gleichzeitig wirken Unternehmensmitglieder auch an der Gestaltung dieser Institutionen mit (Göbel 2006, S. 91ff.).
- **Die Makroebene** beschreibt die institutionellen Rahmenbedingungen des Wirtschaftens, das heißt Gesetze, Normen, Kultur, Institutionen etc. Die Rahmenordnung bestimmt den Handlungsspielraum von Unternehmen und weist ihnen bestimmte Rollen zu, wobei der Grad der Verbindlichkeit der Rollenerwartungen variiert (gesetzliche Ge- und Verbote versus kulturell geprägte gesellschaftliche Verpflichtungen). Gleichzeitig haben Unternehmen aber die Möglichkeit, die Spielregeln der Rahmenordnung zu beeinflussen, zu bestätigen oder zu verändern.

Insofern bezieht sich auch das Management der sozialen Verantwortung von Unternehmen auf alle drei Ebenen: Die Verantwortung für individuelle Entscheidungen und deren Folgen innerhalb eines gegebenen innerbetrieblichen oder überbetrieblichen institutionellen Rahmens, die Verantwortung für interne Strukturen, welche die Verantwortungsfähigkeit beeinflussen (Anreizsysteme, CSR Verantwortlichkeiten u.ä.) aber auch die Verantwortung für die außerbetrieblichen Spielregeln (z.B. Förderung der Entwicklung branchenweiter Standards), die verantwortliches Verhalten erleichtern oder erschweren können (Göbel 2006, S. 95ff., Homann, K./Gerecke, U. (1999), S. 453).

2.3.6 Grenzen der sozialen Verantwortung und Reichweite des Konzepts für das Krankenhausmanagement

Das Konzept der sozialen Verantwortung verlangt, ethische Überlegungen in Unternehmensentscheidungen einfließen zu lassen. Es basiert auf dem Prinzip der Selbstverpflichtung und orientiert sich an den Erwartungen der Stakeholder, für welche Unternehmen sich verantwortlich erklären. Fraglich ist, wie wirkungsvoll das Konzept der Verantwortung tatsächlich im Unternehmensalltag sein kann und wo es seine Grenzen findet.

Unproblematisch ist die Übernahme von Verantwortung dann, wenn es gelingt, das unternehmerische Streben nach (langfristig) maximalen Gewinnen (Gutenberg 1961, S. 115) mit der Berücksichtigung der Interessen der Stakeholder vereinbar zu machen (sog. Win-win-Situationen)[15]. Freeman et al. (2007, S. 6) argumentiert in diesem Sinne und stellt die These auf, dass die Berücksichtigung der Interessen der Stakeholder gleichzeitig Ziel des Wirtschaftens und die Basis nachhaltigem ökonomischen Erfolges ist. Insbesondere in Fällen von Marktversagen (externe Effekte, öffentliche Güter, Informations- und Machtasymmetrien) kommt es jedoch häufig zu Konflikten zwischen unternehmerisch rationalem und kollektiv sinnvollem bzw. aus ethischer Sicht gebotenen Verhalten[16]. Teilweise können diese Konflikte gelöst werden, indem Unternehmen bewusst nach Möglichkeiten suchen, ökonomische und kollektive Rationalität vereinbar zu machen

- durch explizite Berücksichtigung zukünftiger Chancen, Risiken und Erträge, z.B. durch langfristigere Anreize innerhalb des Unternehmens (dies impliziert eine adäquate Gestaltung innerbetrieblicher Institutionen) oder
- durch Verlagerung des Problems auf eine andere Ebene, zum Beispiel die Forderung nach allgemein verbindlichen Standards zur Lösung des Free-Rider Problems oder nach Kontrollen und Offenbelegung zum Abbau von Informationsasymmetrien[17].

Sind Konflikte zwischen ökonomischem Interesse und aus ethischer Sicht gebotenen Handlungen nicht lösbar, ist eine Abwägung zwischen ökonomischer Rationalität und ethischen Prinzipien erforderlich. Grundsätzlich kann gefordert werden, dass Unternehmen bzw. die handelnden Akteure sich auf Basis ihrer eigenen ethischen Maßstäbe ggf. zu Lasten von ökonomischem Erfolg moralisch verhalten. Allerdings sollten Verantwortungsträger bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung ihre Entscheidungsfreiheit so nutzen können, dass sie durch die Folgen ihrer Entscheidungen nicht ihre langfristige Existenz gefährden (Homann/Suchanek 2005 S. 53ff.).

Das Verständnis und die Reichweite der sozialen Verantwortung für das Krankenhausmanagement

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags liegt der Fokus auf den Kernpunkten des CSR Konzeptes, welche für den Bereich des Krankenhausmanagement Priorität haben. Erstens erfolgt ein Fokus auf den sozialen Aspekt; ökologische Herausforderungen und deren Berücksichtigung im Krankenhausmanagement werden zunächst nur am Rande behandelt. Außerdem sollte aus Sicht der Autoren der Bereich des Kerngeschäfts und die Beziehungen mit den wesentlichen Stakeholdern Priorität haben, philanthropische Aktivitäten bzw. Aktivitäten außerhalb des Kerngeschäfts werden zunächst außer Acht gelassen. Schließlich wird es im vorliegenden Beitrag weniger um „Compliance" Aspekte, das heißt die Pflicht zur Befolgung gesetzlicher Regelungen, sondern vielmehr um die Berücksichtigung der Erwartungen der Stakeholder, sowie um den Umgang mit Erwartungskonflikten gehen.

Als wesentliche Verantwortungsträger werden im Folgenden das Unternehmen, sowie die im Unternehmen handelnden und entscheidenden Personen gesehen, deren Verantwortung sich sowohl auf individuelle Entscheidungen, als auch die Gestaltung innerbetrieblicher und die Beeinflussung überbetrieblicher Institutionen bezieht.

15 In diesem Fall würde das eigentliche Ziel des Wirtschaftens, nämlich das der bestmöglichen Versorgung von Gütern unter effizienter Ausnutzung der Ressourcen (materiales ökonomisches Prinzip) mittels individuell rationalem Verhaltens erreicht.

16 Ein gängiges Beispiel ist in diesem Fall das Prisoners Dilemma.

17 In diesem Sinne auch Albach (2003), der argumentiert, dass opportunistisches Verhalten in der Regel das Resultat ineffizienter Institutionen ist.

2.4 Begründung und Motive für ein Management sozialer Verantwortung

2.4.1 Ethische und strategische Begründungsansätze

Unternehmen, Institutionen und auch Krankenhäuser sehen sich bei einer Vielzahl von Entscheidungen mit unterschiedlichen Erwartungen und Interessen verschiedenster Stakeholdergruppen konfrontiert. Es stellt sich die Frage, wie sie mit diesen Interessen umgehen, und wieweit sie welche Interessen berücksichtigen sollten.

Die Notwendigkeit eines Managements sozialer Verantwortung kann aus verschiedenen Überlegungen heraus abgleitet werden. Erstens lässt es sich begründen aus ethischen Überlegungen heraus bzw. einer „moralischen“[18] Pflicht zu verantwortungsvollem Handeln (Göbel 2006, S. 18–20). Nicht nur Bürger, sondern auch andere gesellschaftliche Akteure haben Rechte und Pflichten und sind gehalten, sich „sittlich“ richtig bzw. gemäß gesellschaftlich anerkannten Normen und Werten zu verhalten. Verantwortungsvolles Management wird als Bedingung für die Berechtigung von Unternehmen und Institutionen gesehen (sogenannte „license-to-operate“). Aufgrund der unvollständigen Steuerungswirkung des Marktes[19], des Rechtes und des Staates (s. Kap. 1.2) sind Ethik und Moral notwendig für ein funktionierendes Gesellschafts- und Wirtschaftssystems und führt verantwortungsvolles Verhalten in der Konsequenz langfristig zu besseren wirtschaftlichen Ergebnissen.

Zweitens kann die Notwendigkeit für verantwortliches Verhalten durch die Erwartung der Öffentlichkeit begründet werden. Gerade in den letzten Jahren und auch in Zusammenhang mit der derzeitigen Krise auf den Finanzmärkten wird immer mehr der Ruf nach Verantwortung, guter Unternehmensführung und moralischem Managerverhalten laut (Sahr 2009). Im Gesundheitswesen geht es einerseits um grundsätzliche Fragen der Medizinethik bzw. der klinischen Ethik (ethische Beurteilung von medizinischen Projekten, Behandlungsoptionen u.ä.) (Körtner 2007 S. 6ff.), andererseits aber um die Frage, wie existierende Ressourcenkonflikte in einer ethisch haltbaren Form gelöst werden können.

Drittens kann man schließlich die Verfolgung eines verantwortungsvollen Managementkonzeptes aus strategischen Überlegungen heraus begründen (Porter; Kramer 2006, S. 2). Verantwortungsvolles Verhalten von Unternehmen führt nicht nur zu einer Steigerung der Reputation gegenüber der Öffentlichkeit und den einzelnen Stakeholdern, sondern auch zu einer Stärkung der internen Erfolgspotenziale durch höhere Motivation der Mitarbeiter, Ressourcen sparendes Verhalten, größere Prozesseffizienz und höhere Innovationsfähigkeit von Unternehmen (Kim; Van Dam 2003, S. 9; Arthur D. Little 2003, S. 1). Die Verfolgung eines Managements sozialer Verantwortung kann also zu einer „Win-win-Situation“ führen, von der alle Beteiligten profitieren (Margolis; Walsh 2001).

Unternehmen, welche ausschließlich als Antwort auf den Druck der Öffentlichkeit bzw. mit dem Ziel der Reputationsbildung verantwortlich handeln, laufen Gefahr, rein reaktiv zu handeln bzw. einen Fokus auf prestigeträchtige Marketingprojekte zu legen (Porter; Kramer 2006, S. 4). Ein Management sozialer Verantwortung, welches auf diesem Motiv beruht, kann daher nicht glaubwürdig sein.

Bei einem Vergleich der ethischen und der strategischen Begründung geht es im Wesentlichen um eine unterschiedliche Prioritätensetzung hinsichtlich der Bedeutung der ethischen Komponente bei Konflikten zwischen unterschiedlichen Stakeholder-Interessen bzw. zwischen moralisch richtigem und ökonomischem rationalem Handeln. Welchen Interessen stattgegeben wird, kann basierend auf ethischen oder wirtschaftlich-strategischen Überlegungen entschieden werden. Nach Homann/Blome-Dress ist es die Aufgabe von Unternehmen, *„möglichst weit in den Bereich mit hoher moralischer Akzeptanz vorzustoßen, ohne dabei die legitimen ökonomischen Zielsetzungen zu missachten“* (Homann; Blome-Drees 1992, S. 141), sodass im Wesentlichen nach lebensdienlichen und zugleich ökonomisch effizienten Lösungen gesucht werden muss (Göbel 2006, S. 147).

Unabhängig von ethischer oder strategischer Begründung beinhaltet das Management sozialer Verantwortung die Identifikation von Stakeholderanliegen, deren Priorisierung und die gezielte Suche nach einem Ausgleich zwischen unterschiedlichen Interessen (ebenda 2006, S. 65, 72).

18 Moral wird dabei als System von Regeln, sittlichen Normen und Werten definiert, denen man als Mitglied einer sozialen Gemeinschaft unterliegt.

19 Als Resultat von Marktversagen aufgrund externer Effekte, öffentlicher Güter, unvollständiger Information und Machtasymmetrien

2.4.2 Die Bedeutung eines Managements der sozialen Verantwortung für den Unternehmenserfolg

Die meisten Verfechter des Konzepts der sozialen Verantwortung gehen von positiven ökonomischen Wirkungen verantwortungsvollen Handelns aus (z.B. Porter; Kramer 2006, Hansen; Schrader 2005, S. 384–386, Hansen 2004, S. 59ff.). Obschon die Zusammenhänge zwischen sozialer Verantwortung und Unternehmenserfolg meist nicht genau bekannt sind, werden positive Effekte durch eine höhere Reputation bei Stakeholdern einerseits sowie durch eine Stärkung interner Erfolgspotenziale angenommen (vgl. Abb. 9).

Zusätzlich wird der Einfluss auf das außerökonomische Umfeld über Kriterien wie Legalität, Legitimität und Handlungsspielraum genannt, welche wiederum indirekt den Unternehmenserfolg beeinflussen. (Dubielzig 2008, S. 216f.).

Reputationswirkungen

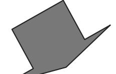
Zu den wichtigsten Stakeholdern zählen – neben der Öffentlichkeit – die Mitarbeiter, die Kunden bzw. Patienten und die wichtigsten Geschäftspartner des Unternehmens. Geschäftspartner des Krankenhauses sind insbesondere die niedergelassenen Ärzte, die Krankenkassen sowie die Behörden zu nennen. Verantwortliches Handeln führt dazu, dass ein Vertrauensverhältnis zu den Stakeholdern aufgebaut wird und Reputation geschaffen wird (Nijhof; Srnka 1999, S. 231f.). Dies wiederum kann dazu führen, dass erstens Kunden bzw. Patienten gewonnen und gebunden werden. Zweitens erleichtert das aufgebaute Vertrauen die Zusammenarbeit und die Verhandlungen mit Geschäftspartnern und Verbänden. Drittens sind potentielle Mitarbeiter leichter für das Unternehmen zu gewinnen und lassen sich aktuelle Mitarbeiter leichter halten. Und viertens schließlich sind Financiers eher bereit, in das Unternehmen zu investieren, entweder, da sie Vertrauen in die Nachhaltigkeit des Unternehmenserfolges haben oder da sie sich mit den Geschäftspraktiken identifizieren können.

Stärkung interner Erfolgspotenziale

Integriert man ökologische Aspekte in das Management sozialer Verantwortung, so lassen

Stärkung der „internen“ Erfolgspotenziale
- **Kosten**reduktion (geringerer Ressourceneinsatz/effiziente Arbeitsabläufe)
- Erkennen langfristiger **Chancen und Risiken**/ Risikomanagement (Stakeholderdialog)
- **Innovation** (Stakeholder- und Wertkettenanalyse, Mitarbeitermotivation)
- **Sicherung** heutiger/zukünftiger **Absatzmärkte** (Zugang zu Netzwerken)

Reputationsaufbau und -sicherung
- **Öffentlichkeit** („License to operate“)
- **Kunden/Patienten** (Differenzierung, Kundenbindung, Preissensibilität)
- **Mitarbeiter** (Recruiting, Commitment, Motivation)
- **Sonstige Geschäftspartner** (bessere Zusammenarbeit)
- **Vereinigungen und Verbände** (geringes Konfliktpotenzial bei Verhandlungen)



Positive Wirkungen auf Umsatz, Kosten, Rentabilität und Risiko

Größere Attraktivität für Investoren/Eigentümer und Fremdkapitalgeber

Abb. 9 Interne und externe Wirkungen des Verantwortungsmanagements

sich häufig Kostenreduktionen durch geringeren Verbrauch von Energie, Wasser oder Materialien nachweisen (Schaltegger; Burritt 2000). Weiterhin führt der konsequente Dialog mit den Stakeholdern dazu, dass Risiken und Chancen frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können und Unternehmen eine größere Innovationskraft aufweisen. Wenn ein Unternehmen sich durch verantwortungsvolles Handeln auszeichnet, kann dies auch zu höherer Motivation der Mitarbeiter und damit zu besseren Leistungen führen; Mitarbeiter werden sich stärker mit dem Unternehmen identifizieren und sich engagieren (Nijhof; Srnka 1999, S. 232; Brands & Values 2007, Studie Nr. 2). Schließlich wird darauf hingewiesen, dass CSR Maßnahmen – insbesondere wenn sie über ökonomische Beiträge das gesellschaftliche Umfeld unterstützen – heutige und neue Märkte sichern können (Peters 2009, S. 9).

2.5 Die Umsetzung sozialer Verantwortung im Unternehmen

2.5.1 Ebenen der Berücksichtigung sozialer Verantwortung

Wie in Kapitel 2.3.5 bereits diskutiert, muss das Management sozialer Verantwortung auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt werden.

Auf der Mikroebene geht es darum, innerhalb existierender Spielregeln sogenannte „Win-win-Situationen“ zu identifizieren bzw. zu gestalten, in welchen alle Beteiligten zumindest langfristig profitieren. Im Rahmen eines Strategieprozesses werden die Anliegen betroffener Stakeholder analysiert, Ziele gesetzt und entsprechende Strategien und Maßnahmen entwickelt, welche im besten Fall zu einer für alle akzeptablen Lösung führt (vgl. Ausführungen in Kap. 2.1.2).

Darüber hinaus sollten über die Verankerung der Werte in der Mission und den Leitlinien des Unternehmens, sowie die Anpassung von Strukturen, Prozessen und Systemen und die Etablierung einer entsprechenden Unternehmenskultur, die innerbetrieblichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass verantwortliches Handeln erleichtert bzw. unterstützt wird (Mesoebene)[20].

Schließlich kann Einfluss genommen werden auf die Spielregeln des Wettbewerbs bzw. die institutionellen Rahmenbedingungen (Makroebene), zum Beispiel durch aktive Forderungen nach gesetzlichen Regeln, welche verhindern, dass verantwortungsvolles Verhalten einzelner zu Wettbewerbsnachteilen führt (Strategie des „Ethical Displacements“ bzw. des Verlegens des Niveaus, DeGeorge 1993), oder durch Zusammenarbeit mit anderen Wettbewerbern zur Festlegung gemeinsamer Standards und Regelungen (Nijhof; Srnka 1999, S. 233).

2.5.2 Die Elemente des Managements sozialer Verantwortung im Unternehmen

Ziel eines Managements sozialer Verantwortung ist es, verantwortliches Handeln ganzheitlich im Unternehmen zu verankern und sich dabei konsequent an den Anliegen und Interessen der relevanten Stakeholder auszurichten. (s. Kap. 2.1.3) Die Idee der Verantwortung sollte Eingang finden in strategischen Zielen und Handlungsplänen; ihre operative Umsetzung muss unterstützt werden durch entsprechende Strukturen, Systeme (Göbel 2006, S. 108f.) und personelle Ressourcen[21]. Das Management sozialer Verantwortung im Unternehmen betrifft also im Wesentlichen drei Bereiche, welche im Rahmen eines integrativen Konzepts der Unternehmensführung miteinander verzahnt werden müssen (s. Abb. 10):

- Den strategischen und operativen Managementprozess, das heißt der analyse- und dialoggestützten Identifikation von Strategien und deren Umsetzung in strategischen Programmen und operativen Maßnahmen, sowie der Gestaltung von begleitenden Steuerungssystemen, die zu einem bestmöglichen Ausgleich unterschiedlicher Stakeholderanliegen führen.

  Der strategische Managementprozess bildet die Basis der operativen Umsetzung und Planung; strategische Programme und interne Steuerungssysteme sind das Bindeglied zwischen strategischem und operativem Managementprozess. Im Folgenden erfolgt eine Konzentration auf den strategischen Prozess und

20 Vgl. hierzu auch die Bausteine des um Nachhaltigkeitsaspekte erweiterten EFQM Modells für Sustainable Excellence (Sustainable Excellence Group/Deutsche Bundesstiftung Umwelt 2006, S. 7–8)

21 Angelehnt an die Bereiche der Strategieimplementierung nach Schreyögg/Koch 2007, S. 115.

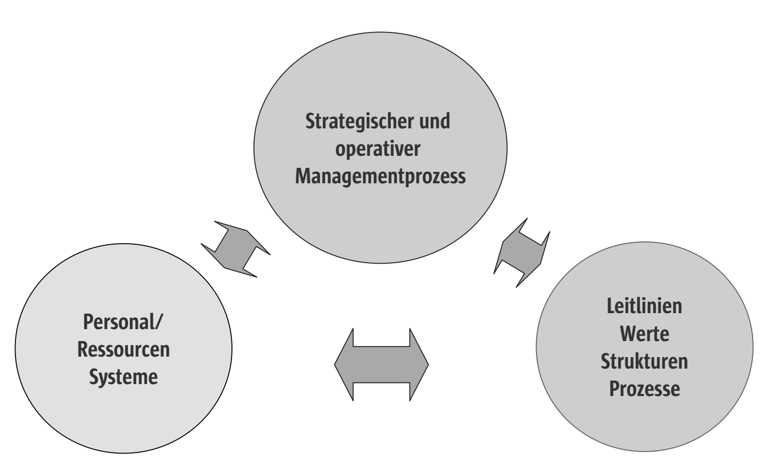


Abb. 10 Elemente des Managements sozialer Verantwortung

seinen Schnittstellen zum operativen Management (s. Kap. 3), ohne auf die operative Umsetzung weiter einzugehen.

- Die institutionelle Verankerung des Prinzips der Verantwortung in Strukturen (z.B. Ethik oder CSR Komitees oder Stabsstellen), Prozessen (z.B. Etablierung von Vorgehensweisen bei ethisch relevanten Entscheidungen), Systemen (Integration von relevanten Kennzahlen in unternehmenseigenen Systemen) sowie dem Leitbild eines Unternehmens, welches den Zweck des Unternehmens und die Verhaltensgrundsätze gegenüber Anspruchsgruppen definiert und so eine gemeinsame unternehmensweite Wertebasis schafft (s. hierzu Kap. 6 und 7).

  Die Berücksichtigung der Grundsätze verantwortungsvoller Unternehmensführung im Unternehmensleitbild begründet die Selbstverpflichtung des Unternehmens zu grundsatzkonformem Verhalten und bildet den Ausgangspunkt für den strategischen und operativen Managementprozess (Münstermann 2007, S. 38); er wird daher im folgenden Kapitel 3 mit behandelt (s. ferner dazu Kap. 7).
- Die Ressourcen und Kompetenzen, insbesondere die qualitative Personalstruktur: Anpassung der Anforderungen an Mitarbeiter und Führungskräfte mit Konsequenzen für die Mitarbeiterauswahl, -entwicklung und -führung. Wesentlich sind in diesem Zusammenhang auch die innerbetriebliche Kommunikation sowie die Gestaltung der Unternehmenskultur (s. Kap. 6).

3 Entwicklung einer ethisch fundierten Unternehmensstrategie

Silke Bustamante

3.1 Der strategische Managementprozess im Überblick

Unternehmensstrategien betreffen Entscheidungen bzw. Maßnahmenkombinationen einer Unternehmung und relevanter Teilbereiche gegenüber ihrer Umwelt, welche die grundsätzliche Unternehmensentwicklung bestimmen. Ziel ist in der Regel die Sicherung der langfristigen Erfolgsposition des Unternehmens (Hungenberg 2004, S. 4). Die Integration des Verantwortungsgedankens in unternehmerisches Handeln sollte bei diesen grundsätzlichen Entscheidungen und Maßnahmenkombinationen ansetzen; sie betrifft die grundsätzliche Ausrichtung des Unternehmens. Die Entwicklung, Planung und Umsetzung der Strategien erfolgt im Rahmen eines zyklisch verlaufenden strategischen Managementprozesses, welcher – ebenso wie die Strategien – das Prinzip der Verantwortung berücksichtigen sollte und in das institutionelle und personelle Rahmengerüst des Unternehmens eingebettet ist (s. Abb. 11 und Kap. 2.5.2):

Ausgangspunkt des strategischen Prozesses bilden die übergeordneten Ziele bzw. das normative Grundgerüst des Unternehmens. Im Rahmen des strategischen Managementprozesses müssen Stakeholderinteressen identifiziert und bewertet, Ziele geklärt und in strategische Programme und Steuerungsroutinen integriert werden. Die im Rahmen des Strategieprozesses definierten Strategien und -programme haben ihrerseits Einfluss auf die Unternehmensstruktur sowie auf die Anforderungen an die Mitarbeiter und auf die erforderlichen Systeme. Wenngleich das normative Grundgerüst Teil des institutionellen Rahmens des Verantwortungsmanagements ist (s. Kap. 2.5.2), soll es aufgrund der Bedeutung für den strategischen Prozess und seinem engen Bezug zum strategischen Zielsystem in diesem Kapitel mit behandelt werden. In Anlehnung an Abbildung 11 lassen sich dann die folgenden Elemente des strategischen Managementprozesses zusammenfassen, welche zyklisch ineinandergreifen und in nachfolgenden Unterkapiteln weiter präzisiert werden (die Nummerierung der folgenden Abschnitte bezieht sich auf die Nummerierung in Abb. 11).

1) Normatives Grundgerüst (s. auch Kap. 3.2)

Das normative Grundgerüst setzt sich zusammen aus der Mission, den Unternehmenswerten, den Verhaltensgrundsätzen bzw. Leitlinien des Managements und der Vision. Die Mission detailliert den Unternehmenszweck bzw. die Daseinsberechtigung der Organisation, die Vision zeigt



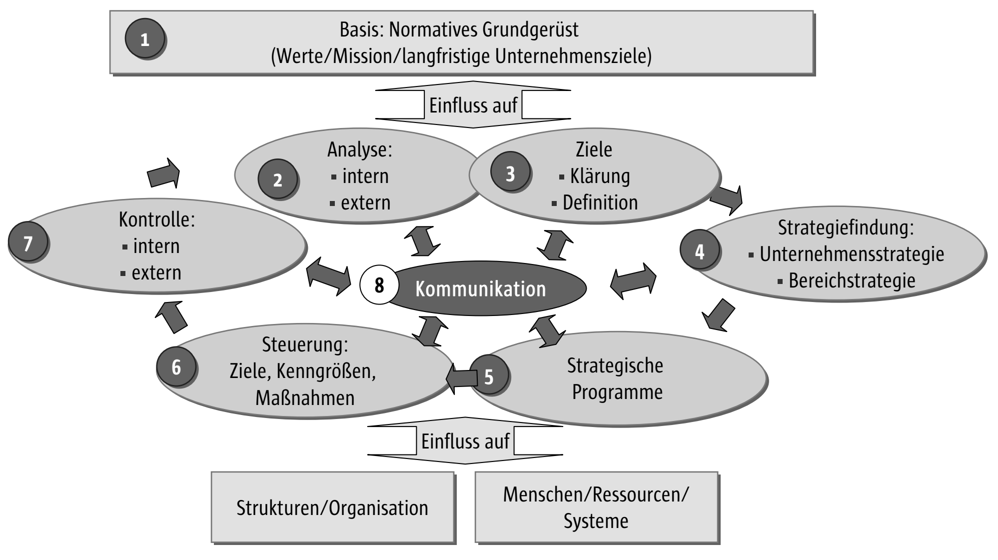


Abb. 11 Der strategische Managementprozess

auf, wohin sich das Unternehmen in den kommenden Jahren entwickeln möchte (Thompson/Martin 2005 S. 42f.). Häufig werden Mission, Vision und Werte in Form eines Leitbildes formuliert. Es ist gestützt durch die Unternehmenskultur und die Unternehmensidentität (z.B. Meffert 2000, S. 71).

2) Strategische Analyse (s. auch Kap. 3.3)

Die strategische Analyse gibt Aufschluss über gesellschaftliche relevante und aus ethischer Sicht beachtenswerte Themen und Stakeholder sowie über den strategischen Handlungsspielraum und die Kernkompetenzen des Unternehmens. Im Rahmen der internen Analyse werden die Werte, Ressourcen, Kompetenzen und Prozesse des Unternehmens untersucht; die externe Analyse widmet sich gesellschaftlichen Trends und Herausforderungen sowie den Interessen und Ansprüchen der wichtigsten Stakeholder. Resultat der Analyse ist die Konkretisierung von Themen, welche bei der Strategieentwicklung berücksichtigt werden sollten (z.B. Klimaproblematik, demographische Entwicklungen, Seuchen) und bei denen das Unternehmen aufgrund seiner Ressourcenposition besonderen Wert schaffen kann. Ausfluss der Analyse kann außerdem die Einsicht in die Notwendigkeit der Integration zusätzlicher Werte/Prinzipien in das kodifizierte Wertegerüst des Unternehmens sein, sodass dieses nachträglich angepasst wird (Münstermann 2007, S. 38)[22].

3)–5) Ziele, Strategien und strategische Programme (s. auch Kap. 3.4)

Die strategische Analyse bildet die Basis zur Festlegung von Zielen und Strategien des Managements der Verantwortung. Es wird geklärt, welchen Einfluss die Übernahme von Verantwortung auf andere Unternehmensziele wie Kundenzufriedenheit, Kosten oder Qualität hat (Münstermann 2007, S. 36f.). Außerdem werden Inhalte und Schwerpunkte, Adressaten und Formen des Verantwortungsmanagements für das gesamte Unternehmen bzw. einzelne Geschäftsbereiche festgelegt (Münstermann 2007, S. 47; Göbel 2006, S. 148–150). Strategische Programme konkretisieren Strategien für die betrieblichen Funktionen und Unternehmensbereiche über die Zeit auf die Gegenwart; sie gelten auch als Bindeglied zur operativen Planung. Strategische Ziele und Wege der Zielerreichung sind dabei so eng miteinander verzahnt, dass eine getrennte Behandlung der Themenblöcke hier als nicht sinnvoll erachtet wird.

22 Münstermann (2007, S. 38) spricht von einem Einfluss der Unternehmensziele auf das Wertegerüst des Unternehmens, nichtsdestotrotz ist die Analyse der wesentliche Treiber sowohl für die Unternehmensziele und damit auch gleichzeitig für das Normsystem.

6)–7) Steuerung und Kontrolle (s. auch Kap. 3.5)

Wesentlich für die Umsetzung der Strategie sind interne Steuerungskonzepte, welche die Ableitung von mittel- und kurzfristigen Zielen, die Definition von Maßnahmen und Kenngrößen (sogenannte Key Performance Indikatoren) für einzelne Unternehmensbereiche und Funktionen beinhalten.

Die Kontrolle dient dem Soll-Ist Abgleich der definierten Kenngrößen. Ihre Ergebnisse bilden den Ausgangspunkt eines neuen Strategieprozesses und können zur Umsteuerung der Strategie führen. Kontrolle kann sowohl intern als auch extern realisiert werden (externen Audits oder Ratings); sie ist dann Bestandteil des Managementprozesses, wenn sie intentional durch das Management herbeigeführt wird. Steuerungs- und Kontrollkonzepte werden häufig als ein den gesamten Managementprozess begleitendes Instrument gesehen, da die Steuerung und Kontrolle bereits bei den strategischen Prämissen ansetzen sollte. Da die Ergebnisse der Kontrolle den (nächsten) strategischen Planungsprozess maßgeblich beeinflussen, wird die Kontrolle hier als Bindeglied zur Analyse gesehen.

8) Kommunikation (s. auch Kap. 3.6)

Die Kommunikation ist einerseits integraler Bestandteil des strategischen und operativen Managements bzw. der internen Steuerung (Zerfaß 2004 S. 290ff.); andererseits dient sie der Positionierung des Unternehmens bei seinen relevanten Stakeholdern und ist damit Bestandteil des externen Marketings[23]. Im Zuge der internen Steuerung geht es darum, die Ziele, geplanten Projekte und Maßnahmen und deren Ergebnisse an die Mitarbeiter des Unternehmens sowie ggf. am Prozess beteiligte externe Stakeholder zu kommunizieren, sich Feedback einzuholen, um Umsteuerungsmaßnahmen ableiten zu können (Brandes; Schabel; Wache 2005, S. 59). Gleichzeitig beeinflusst die interne Kommunikation die Unternehmenskultur (Deekeling; Fiebig 1999, S. 241), durch welche das Prinzip der Verantwortung wesentlich getragen wird, und wirkt auf das Selbstbild des Unternehmens (Münstermann 2007, S. 171). Im Zuge der externen Kommunikation geht es darum, die Wahrnehmung des Verantwortungsmanagement durch externe Stakeholder zu gestalten und so das Fremdbild dem angestrebten Bild in der Öffentlichkeit anzunähern (Münstermann 2007, S. 101), aber auch darum, die Stakeholder durch Stakeholderdialoge und Ergebniskommunikation in den strategischen Prozess einzubeziehen. Letzteres ergibt sich nicht zuletzt aus dem Verständnis des Verantwortungsmanagements als Management eines Interessenausgleichs zwischen unterschiedlichen Stakeholdergruppen.

3.2 Die Integration des Verantwortungsprinzips in das normative Grundgerüst des Unternehmens

Die Integration des Gedankens der Verantwortung in den strategischen Managementprozess beginnt mit dessen Verankerung in der Mission, den Werten und Leitlinien sowie den langfristigen Unternehmenszielen. Ziele werden dabei verstanden als *„Aussagen oder Vorstellungen über angestrebte Zustände, die durch Handlungen hergestellt werden sollen“* (Kubicek 1981, S. 458). Solche Aussagen werden sowohl bei der Formulierung der Mission (z.B. Mission von Helios: „Wir wollen Qualität in der Medizin für jeden erfahrbar machen“[24]), der Werte und der langfristigen Unternehmensziele (z.B. Steigerung von Patientennutzen und „Qualitätsführerschaft“) als auch auf der strategischen und operativen Managementebene getroffen (Meffert 2000, S. 71). Die Verortung des Zielbildungsprozesses im Managementprozess ist daher nicht eindeutig festlegbar. Während übergeordnete Ziele als Leitlinien bzw. Prämissen den Prozess der Bildung und Auswahl von Strategien bestimmen (bzw. darüber hinaus auch Eingang in den Analyseprozess finden), können konkrete Handlungsziele in der Regel erst im Anschluss an die Strategiebestimmung formuliert werden (Schreyögg 1984, S. 87).

Die Formulierung von Mission, Vision und Werten ist wesentlich bestimmt von den Motiven und Wertvorstellungen der Führungskräfte sowie von den Anforderungen des externen Umfeldes.

Auf Motive wurde im Rahmen der ethischen und strategischen Begründungsansätze in Kapitel 2 bereits kurz eingegangen. Einen Überblick

23 Zur Abgrenzung zwischen externen und internen Marketing vgl. Schulz 1994, S. 531ff.

24 S. Unternehmensseite von Helios: http://www.helios-kliniken.de/ueber-helios/unternehmensportrait.html; abgerufen am 15.1.2010.



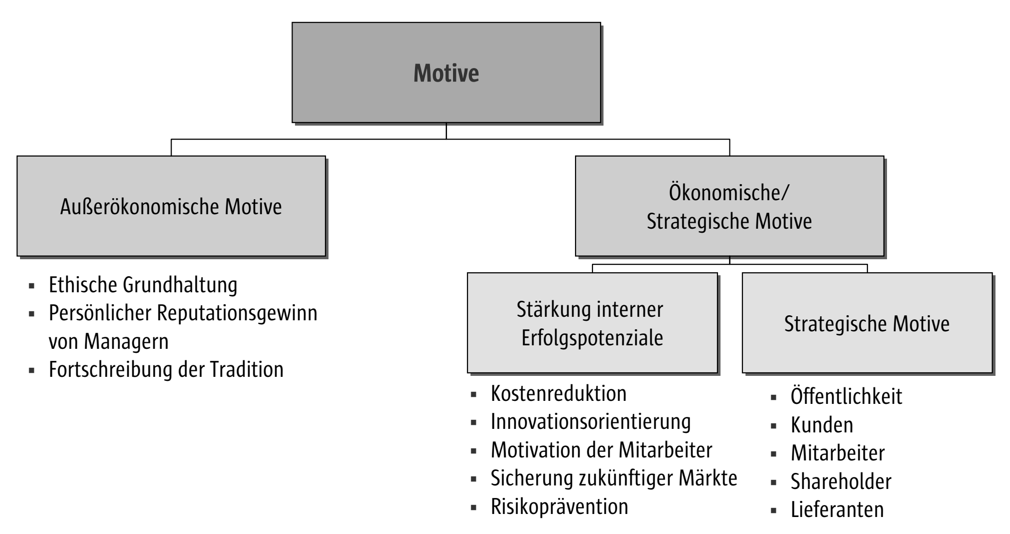


Abb. 12 Motive des Verantwortungsmanagements

über die Motive des Verantwortungsmanagement gibt Abbildung 12.

Sowohl in die Mission als auch in Vision und Unternehmenswerte können nun Aspekte der Verantwortung integriert werden. Novartis definiert seine Mission zum Beispiel wie folgt: *„Leben zu verlängern, Leiden zu lindern und die Lebensqualität von Menschen nachhaltig zu verbessern.“* Daraus ergibt sich der Auftrag zu Innovation und Forschung sowie zur Übernahme von gesellschaftlicher und sozialer Verantwortung (Novartis 2010). Henkel (2010) integriert Kundenorientierung, Nachhaltigkeit und gesellschaftlich verantwortliches Handeln in seine Werte (s. Abb. 13).

Häufig verpflichten sich Unternehmen außerdem zur freiwilligen Einhaltung von Verhaltenskodizes, welche in Form von Prinzipien oder Standards das (angestrebte) Geschäftsgebaren im Markt beschreiben. Sie werden von Unternehmen, Verbänden oder anderen Institutionen verfasst und beziehen sich in der Regel auf Arbeitsbedingungen, Umwelt- oder Verbraucherschutz. Einer der frühesten unternehmensübergreifenden Initiativen in diesem Zusammenhang ist das im Jahr 1973 auf dem European Management Forum abgefasste Davoser Manifest, welches als Grundlage der Erstellung von Führungsgrundsätzen im Sinne der Führungsethik dient. In dem Manifest werden Ziele wie zum Beispiel der Dienst am Kunden, am Mitarbeiter, das Ziel der sozialen Verantwortung für die Gesellschaft, der Interessenausgleich zwischen Arbeitgebern und -nehmern sowie Qualitätsansprüche an Produkte und Produktionsprozesse aufgestellt. Zu den gegenwärtig bekanntesten und weltweit anerkannten Kodizes zählt der UN Global Compact, ein 1999 vom damaligen UN Generalsekretär Kofi Annan initiierter „Pakt“, welcher Unternehmen aufruft, sich zur Einhaltung von 10 grundlegenden Prinzipien verantwortungsvollen Handelns zu verpflichten (s. Abb. 14).

Unternehmensspezifische Verhaltenskodizes (oder „Codes of Conduct“) enthalten allgemeine Unternehmens- und Handlungsgrundsätze und sollen Führungskräfte und Mitarbeiter unterstützen, ethische und rechtliche Fragestellungen angemessen zu beantworten. Beispielsweise beziehen sich die Geschäftsgrundsätze von SAP (SAP 2006) auf Rechtstreue, Loyalität, Korruption, Vertraulichkeit, Finanzwesen, aber auch das Verhalten gegenüber den wichtigsten Stakeholdergruppen.

Der im November 2010 verabschiedete Standard ISO 26000 könnte dabei zukünftig unter anderem als Grundlage für die Entwicklung von Leitsätzen und Normen im Unternehmen dienen (International Organization for Standardization (ISO), 2010). Er beschreibt, was unter verantwortungsvollem Management international verstanden wird und soll darüber hinaus anhand von Beispielen zeigen, wie sich diese Leitsätze im operativen Geschäft von Organisationen niederschlagen können.

Im Zuge der Analyse von Stakeholderanliegen (s. Kap. 3.3.2) kommt es häufig zur Identifikation

Unsere Werte

Wir stellen unsere Kunden in den Mittelpunkt unseres Handelns.
Wir denken voraus und gehen auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Kunden ein, indem wir höchsten Kundennutzen, ausgezeichnete Qualität sowie innovative Marken und Technologien bieten.

Wir schätzen, fordern und fördern unsere Mitarbeiter.
Wir begegnen uns mit Respekt und Achtung, vertrauen einander und entwickeln unsere Fähigkeiten gemeinsam weiter. Wir erwarten von jedem Einzelnen eigenverantwortliches Handeln und ein hohes Leistungsniveau, um unseren Erfolg als Unternehmen zu sichern.

Wir streben herausragenden und nachhaltigen Erfolg an.
Wir fühlen uns als leistungsorientiertes Unternehmen verpflichtet, den Wert unseres Unternehmens zu steigern und unseren Aktionären eine attraktive Rendite zu sichern.

Wir verpflichten uns, unsere führende Rolle im Bereich Nachhaltigkeit auszubauen.
Wir bieten Produkte, Technologien und Prozesse, die höchste Standards erfüllen. Wir verpflichten uns, für die Sicherheit und Gesundheit unserer Mitarbeiter, den Schutz unserer Umwelt und die Lebensqualität der Menschen in unserem Umfeld zu sorgen.

Wir gestalten unsere Zukunft auf dem Fundament eines erfolgreichen Familienunternehmens.
Basierend auf unseren Werten und unserer langjährigen erfolgreichen Geschichte verfolgen wir eine langfristig ausgerichtete Unternehmensentwicklung, die durch faires unternehmerisches Handeln und eine solide Finanzierung geprägt ist.

Abb. 13 Werte bei Henkel (Henkel 2010)

Human Rights
Principle 1: Businesses should support and respect the protection of internationally proclaimed human rights; and
Principle 2: make sure that they are not complicit in human rights abuses.

Labour Standards
Principle 3: Businesses should uphold the freedom of association and the effective recognition of the right to collective bargaining;
Principle 4: the elimination of all forms offorced and compulsory labour;
Principle 5: the effective abolition of child labour; and
Principle 6: the elimination of discri mination in respect of employment and occupation.

Environment
Principle 7: Businesses should support a precautionary approach to environmental challenges;
Principle 8: undertake initiatives to promote greater environmental responsibility; and
Principle 9: encourage the development and diffusion of environmentally friendly technologies

Anti-Corruption
Principle 10: Businesses should work against all forms of corruption, including extortion and bribery.

Abb. 14 Die 10 Prinzipien des United Nations Global Compact (www.unglobalcompact.org)

von Interessenkonflikten zwischen einzelnen Stakeholdergruppen. Bei der Lösung von Konflikten legitimer Stakeholderanliegen können sogenannte ethische Vorzugsregeln angewandt werden. Als Beispiel seien an dieser Stelle die Vorzugsregeln bzw. Prinzipien der „Übelabwägung" (Korff 1979, S. 82) genannt:

- Unter sonst gleichen Umständen ist eine Handlungsweise, die ein bestimmtes Übel wahrscheinlich zur Folge hat, einer anderen Handlungsweise vorzuziehen, die dieses mit Sicherheit zur Folge hat.
- Unter sonst gleichen Umständen ist bei Übeln, die unvermeidlich sind, das Geringere dem Größeren und das kürzer Dauernde dem länger Dauernden vorzuziehen.
- Unter sonst gleichen Umständen ist im Konfliktfall zugunsten der Vielen und nicht der Wenigen zu entscheiden.
- Bei Tatsachenzweifel und trotzdem gegebener Notwendigkeit zur Entscheidung ist einer reversiblen vor einer irreversiblen Entscheidung der Vorzug gegeben.

3.3 Die strategische Analyse

Die strategische Analyse schafft die informatorischen Voraussetzungen für die Ableitung strategischer Optionen und deren Bewertung und besteht aus der Analyse des eigenen Unternehmens (interne Analyse) einerseits und der Analyse des Umfelds (externe Analyse) andererseits (Schreyögg; Koch 2007, S. 75). Die interne Analyse gibt Auskunft über Kernkompetenzen und Ressourcen des Unternehmens (Thompson; Martin 2005, S. 210ff.), Stärken und Schwächen gegenüber Konkurrenten, Wertvorstellungen der Unternehmensmitglieder und Schnittstellen des Unternehmens zum gesellschaftlichen Gesamtsystem. Sie spielt eine wesentliche Rolle für die Beurteilung externer Anforderungen und bestimmt den Spielraum, auf Chancen und Risiken adäquat antworten zu können (Schreyögg; Koch 2007, S. 75). Die Analyse des externen Umfeldes hingegen dient der Identifizierung dieser Chancen und Risiken, insbesondere derjenigen, die im Zusammenhang mit Ansprüchen und Anforderungen relevanter Stakeholder stehen (Münstermann 2007, S. 83).

3.3.1 Die interne Analyse

Zu den Inhalten der *internen Analyse* gehören

- die Beschreibung und Beurteilung der Ressourcen und Fähigkeiten (Schreyögg; Koch 2007, S. 88ff.),
- die Identifikation ökologischer und sozialer Ansatzpunkte im Wertschöpfungsprozess (Porter; Kramer 2006, S. 5) und
- die Analyse und Interpretation der Wertvorstellungen der Unternehmensmitglieder.

Während die Beschreibung und Beurteilung der Ressourcen und Fähigkeiten Aufschluss gibt, ob die Organisation über die Übernahme von Verantwortung für bestimmte Themen Wert schaffen bzw. sich differenzieren kann, werden durch die Analyse der Wertschöpfungskette potenzielle Schnittstellen zu externen Stakeholdern aufgedeckt und für die Stakeholder- und Issue-Analyse wesentliche Themen identifiziert. Die Analyse und Interpretation der Wertvorstellungen sind insofern relevant, als dass sie das normative Gerüst eines Unternehmens mit formen (s. Kap. 3.2) und die Beurteilung relevanter Stakeholder und Themen sowie strategischer Optionen beeinflussen.

Die Analyse der Ressourcenposition

Zu den strategischen Ressourcen eines Unternehmen werden nach Hofer/Schendel (1978) finanzielle, physische (Gebäude, Ausrüstung u.ä.), personelle, organisatorische (Informationssysteme, Integrationsabteilungen) und technologische Ressourcen (Qualitätsstandards, Marken-Know-how, Forschungs-Know-how etc.) gezählt. Darüber hinaus werden häufig noch übergreifende Fähigkeiten als strategisch besonders relevant beschrieben. Nach Prahalad/Hamel (1990) sind dies z.B. unternehmenskulturell verankerte Prozesse, die den Leistungsvollzug im Unternehmen auf meist unsichtbare Weise mitstrukturieren (Schreyögg; Koch 2007, S. 94). Diese Fähigkeiten werden auch als Kernkompetenzen bezeichnet.

Im Zuge eines Managements sozialer Verantwortung ist insbesondere von Interesse, inwieweit organisatorische und personelle Ressourcen Strategien der Verantwortung unterstützen und ermöglichen. Zusätzlich stellt sich die Frage, inwieweit spezifisches Know-how in ausgewählten Bereichen die Übernahme von Verantwortung für

bestimmte Themen besonders sinnvoll macht (z.B. Einsatz des Kommunikations-Know-hows von Telekommunikationsunternehmen zur Förderung interkultureller Kommunikation). Eine Beurteilung der Ressourcen und Fähigkeiten mit Blick auf diese Fragestellungen sollte durch eine vergleichende Beurteilung der Ressourcenposition wesentlicher Wettbewerber unterstützt werden (Thompson; Martin 2006, S. 212). Diese erlaubt, eigene Stärken und Schwächen zu identifizieren (Schreyögg; Koch 2007, S. 89) und gegebenenfalls Ideen und Ansatzpunkte für ein erfolgreiches Verantwortungsmanagement zu generieren.

Die Analyse der Wertschöpfungskette

Die Wertschöpfungskette beschreibt die prozessuale Abfolge bzw. die Zusammenhänge zwischen allen Aktivitäten, welche ein Unternehmen ausführt, um ihr Produkt bzw. ihre Leistung entwerfen, produzieren, vertreiben, ausliefern und unterstützen zu können (Porter 1980). Diese Aktivitäten werden gemäß ihres Wertschöpfungsbeitrages von Beginn des Leistungsprozesses (z.B. Einkauf der Materialien) bis zum Leistungsergebnis prozessual angeordnet.

Die Wertschöpfungskette gibt u.a. Aufschluss über mögliche Schnittstellen des Unternehmens zur externen Umwelt und dient so als Instrument, Issues und Stakeholder zu identifizieren (Porter; Kramer 2006). Insbesondere bei Integration vor- und nachgelagerter Aktivitäten (z.B. Produktion der Medizintechnikgeräte, Entsorgung von Geräten) in eine unternehmensübergreifende Wertkette ergeben sich wichtige Hinweise auf gesellschaftliche Auswirkungen des Wertschöpfungsprozesses; allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang dann auch schnell die Frage nach den Grenzen der Verantwortung.

Die Analyse und Interpretation der Wertvorstellungen der Unternehmensmitglieder

Die Analyse der kulturellen Maßstäbe und Ideale von Mitarbeitern und Unternehmensleitung, welche sich im gegenwärtigen Zustand der Unternehmensidentität widerspiegeln (Meffert 2000, S. 70), ist für das Management der sozialen Verantwortung aus drei Gründen von Bedeutung:

- **Erstens** gibt sie Auskunft über aus Sicht des Managements erstrebenswerte strategische Ziele (Meffert 2000, S. 70). Zusammen mit der externen Analyse (Erwartungen von Stakeholdern und gesetzliche Vorschriften) sollte diese Ergebnisse Einflussgröße bei der Formulierung von Werten und Verhaltenskodizes sein (Schaumann 2006).
- **Zweitens** weist sie auf Handlungsbedarf hin, sofern von außen an das Unternehmen herangetragene Werterwartungen nicht mit den Vorstellungen der Unternehmensmitglieder übereinstimmen (Münstermann 2007, S. 69ff.).
- **Drittens** sind sie Maßstab für Veränderungsprozesse, bei welchen analysiert werden muss, welches Maß an Veränderung ein Unternehmen verträgt, ohne dass es sich untreu wird (Meffert 2000, S. 71).

3.3.2 Die externe Analyse

Bei der Analyse des Unternehmensumfeldes unterscheidet man im Regelfall die Analyse der globalen Umwelt (politische, natürliche, technologische, rechtliche, makroökonomische und sozio-kulturelle Einflussfaktoren) von der des unmittelbaren Wettbewerbsumfeldes (potenzielle und aktuelle Wettbewerber, Lieferanten, Nachfrager, Politik, Substitutionsprodukte). Während die Analyse der globalen Umwelt potenziell relevante Trends und Entwicklungen identifizieren soll, geht es bei der Analyse des Wettbewerbsumfeldes um die zentralen Einflusskräfte auf die Branche und das Unternehmen (Schreyögg; Koch 2007, S. 77ff.). Die externe Analyse ist dabei auf den spezifischen Erkenntnisgegenstand zuzuschneiden; der für das Ziel der Analyse relevante Umweltausschnitt muss klar definiert sein (Schreyögg; Koch 2007, S. 77).

Im Zuge des Managements sozialer Verantwortung geht es im Wesentlichen um einen Ausgleich der Interessen unterschiedlicher relevanter Stakeholdergruppen und die Analyse solcher Themen und Trends, welche in Zukunft zu potenziellen Konfliktsituationen führen könnten. Aus diesem Grund erfolgt im Folgenden eine Konzentration auf die Aspekte der Analyse, welche als Grundlage zur Ableitung von konsensfähigen und verantwortlichen Strategien dienen können:

- Die Stakeholderanalyse ermöglicht die Identifikation der Schnittstellen des Unternehmens zu relevanten gesellschaftlichen Gruppierungen und die Analyse der Erwartungen dieser Gruppierungen an das Unternehmen.

- Die allgemeine Analyse sozialer Themen (sogenannte „Issues") und globaler sozialer, umweltbezogener und rechtlicher Trends gibt Hinweise auf möglichste Erwartungen von Stakeholdern in der Zukunft sowie potenzielle zukünftige Konfliktsituationen.

Die Bewertung und Beurteilung von Stakeholdern und Issues ist Grundlage der Priorisierung im Falle von Ressourcen- oder Interessenkonflikten.

Die Stakeholderanalyse

Im Rahmen der Stakeholderanalyse geht es darum, potenziell relevante Stakeholder wahrzunehmen und ihre Anliegen, Ziele, Motive, Stärke, Verhaltensweisen u.ä. zu erkennen und zu analysieren.

Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, sind potenzielle Stakeholder eines Unternehmens diejenigen Personen oder Personengruppen, die sich von der Unternehmenstätigkeit in irgendeiner Art und Weise direkt oder indirekt betroffen fühlen und/oder Einfluss auf das Unternehmen ausüben können (Rhenman 1968, S. 25). Es geht also in der Regel um eine wechselseitige Interaktion oder Einflussnahme zwischen dem Unternehmen und seinen Stakeholdern (Münstermann 2007, S. 84).

Offensichtlich als Stakeholder erkennbar sind dabei jene Personen/Gruppen zu denen das Unternehmen vertragliche Beziehungen unterhält, das heißt Mitarbeiter[25], Kunden, Lieferanten, Fremdkapitalgeber; in Krankenhäusern außerdem Sanitätshäuser, Pharmaunternehmen, Pflegedienste, öffentliche Träger u.ä. (Göbel 2006, S. 117)[26]. Auch Personen oder Institutionen, welche die Interessen der vertraglichen Partner stellvertretend wahrnehmen, wie z.B. Personalvertretungen, Verbände, Gewerkschaften, Verbraucherschutzvereinigen u.ä. müssen demnach zu den Stakeholdern gezählt werden. Der Staat als Empfänger von Steuern und Financier von Infrastruktur steht – wenn auch nicht in einer vertraglichen Beziehung – ebenso in einem klaren wechselseitigen Austauschverhältnis mit dem Unternehmen; in der Gesundheitsbranche ist er teilweise selbst Eigentümer von Krankenhäusern und beeinflusst das Management der Krankenhäuser wesentlich über Regulierungen und Gesetze. Zusätzlich werden in der Regel die Öffentlichkeit, die Medien, Nichtregierungsorganisationen etc. zu möglichen Stakeholdern gezählt (Göbel 2006, S. 117).

Die Relevanz von Stakeholdern ist abhängig von der Branche, dem Unternehmen, der spezifischen Unternehmenssituation bzw. dem Unternehmensbereich, dem aktuellen Rechtsrahmen und dem Zeitpunkt der Analyse; so sind zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Themen relevant, können unterschiedliche Erwartungen bestehen und unterschiedliche Gesetze gelten (Göbel 2006, S. 122ff.). Daher sollte die Wahrnehmung und Identifikation möglicher Stakeholder durch Social Issue Analysen (Rückschlüsse aus gesellschaftlich relevanten Themen auf betroffene Stakeholder), Wertkettenanalysen und Stakeholderdialoge unterstützt werden (s. nachfolgende Abschnitte).

Um die identifizierten Stakeholdergruppen zu analysieren, eignen sich grundsätzlich die gängigen Methoden der Marktforschung (Umfragen Experteninterviews, Auswertung von Massenmedien etc.), insbesondere aber der direkte Dialog mit den Stakeholdern und die Gestaltung von Möglichkeiten des Feedbacks durch betroffene Stakeholder. Gestaltungsformen des Stakeholderdialoges sind z.B. Stakeholderforen bzw. Multistakeholderinitiativen, Gremien, Fachworkshops, Messen, Podiumsdiskussionen, Fokusgruppen, Internetblogs und Vorträge.

Social Issue Analyse

Als Social Issues werden Themen öffentlichen Interesses mit wahrscheinlichem Konfliktpotenzial und potenziellen Einfluss auf das Unternehmen, welche in der Regel über Interessengruppen an das Unternehmen herangetragen werden bezeichnet (Röttger 2001, S. 19). Freeman bezeichnet die Issue Analyse als einen von drei Schritten einer strategischen Stakeholderanalyse (Freeman 1984, S. 92):

1. Wer sind die Stakeholder und wie werden diese in politischer, wirtschaftlicher und sozialer Sicht beeinflusst?
2. Welche Werte haben Organisationsmitglieder und Schlüssel-Stakeholder?
3. Welches sind die wesentlichen politischen, technologischen und wirtschaftlichen Issues

25 Zur Doppelrolle von Mitarbeitern und angestellten Führungskräften vgl. Kapitel 2.2.2.

26 Zur Einordnung von Führungskräften und Eigentümern vgl. Kapitel 2.2.

der nächsten 10 Jahre und wie beeinflussen sie das Unternehmen und die Stakeholder?

Die Social Issue Analyse verfolgt zum einen das Ziel, die Anliegen identifizierter Stakeholder zu untermauern und zu präzisieren und bisher nicht identifizierte Stakeholder wahrzunehmen (s.o.). Durch das Zusammenführen von Inhalten/Themen (z.B. Umweltverschmutzung, CO_2-Ausstoß) und Stakeholdern mit ihren Ansprüchen (z.B. Forderungen der Kunden/von NGO's) können Themen gebündelt und ihr Einfluss auf unterschiedliche Stakeholdergruppen aufgezeigt werden (vgl. Abb. 15).

Zum anderen dient die Social Issue Analyse der Prognose von zukünftig relevanten gesellschaftlichen Themen und deren Auswirkung auf heutige und zukünftige Stakeholder. Es geht also darum, frühzeitig über sogenannte „weak signals" (Ansoff 1980), die für die nächsten Dekaden wesentlichen Issues zu identifizieren und ihren Einfluss auf das Unternehmen und seine Stakeholder zu erkennen, und so der Organisation mehr Handlungsmöglichkeiten und Einflussmöglichkeiten zu geben.

Die Issue Identifikation kann sich an dem Analyseraster der PESTLE Analyse orientieren, bei der Einflüsse des **p**olitischen, wirtschaftlichen (**e**conomic), sozialen und **t**echnologischen, rechtlichem (**l**egal) und natürlichem (**e**cological) Umfeldes auf das Unternehmen bzw. seine wesentlichen Stakeholder analysiert werden. Je nach Gerichtetheit der Suche unterscheidet man zwischen dem Issue Scanning und dem Issue Monitoring. Das Scanning ist die eher intuitive und ungerichtete Beobachtung des Unternehmensumfeldes und dient dazu, Zusammenhänge oder Muster zu erkennen, die ggf. relevant werden. Wichtigste Instrumente des Scanning sind die Analyse von Massenmedien, Internet, Unternehmensmitteilungen und sonstigen Veröffentlichungen. Das Monitoring als gerichtete Suche und Verfolgung von Issues nutzt zusätzliche Befragungen und Expertengespräche.

Aus einer Fülle identifizierter Issues und Themen sind jene herauszufiltern, welche das Unternehmen als wesentlich für sich erachtet. Dazu werden zunächst Issues gebündelt und ggf. zu Trends zusammengefasst. Eine Priorisierung der Issues sollte in Verbindung mit der Bewertung der betroffenen Stakeholder durchgeführt werden, da durch diese die Themen an das Unternehmen herangetragen werden (vgl. Abb. 15).

Die Auswahl und Bewertung relevanter Stakeholder und Issues

Abschließender Schritt der externen Analyse ist die Bewertung bzw. Priorisierung der Stakeholder und der Ansprüche und Issues, für welche sich das Unternehmen verantwortlich erklärt. Die Bewertung und Priorisierung ist aus zwei Gründen erforderlich: Zunächst geht es darum, aus einer Fülle von Stakeholdern, Anliegen und Issues jene herauszufiltern, mit denen sich die Organisation im Zuge eines Managements der sozialen Verantwortung beschäftigen kann und sollte, das heißt für die sie sich verantwortlich erklärt. Zusätzlich dient eine Bewertung als Grundlage, unterschiedliche Anliegen und Interessen gegeneinander abzuwägen und durch die Formulierung verantwortlicher Strategien eine konsensfähige Lösung zu finden (s. Kap. 3.3.2).

Diese Bewertung kann sowohl mittels ethischer Maßstäbe als auch aus strategischer Sicht (welche Ansprüche sind mit Blick auf die Bedeutung der Stakeholder und deren Anliegen für das eigene Unternehmen sinnvollerweise zu erfüllen) erfolgen (Müller/Hübscher 2007, S. 145). Wie in Kapitel 2.2.2 diskutiert, findet eine ethische Bewertung seine Grundlage im Wertegerüst des Unternehmens und beschäftigt sich mit der Frage der Legitimität der Stakeholderanliegen bzw. der Betroffenheit der Stakeholder. Es geht darum, zu entscheiden, inwieweit das Unternehmen mit Blick auf seine Wertvorstellungen und gesellschaftliche Erwartungen sich zur Erfüllung

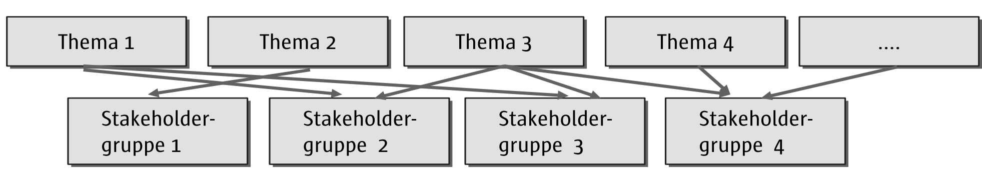


Abb. 15 Identifikation von Stakeholdern über Social Issues

der Stakeholderanliegen verpflichtet sieht. Aus strategischer Sicht ist außerdem der Einfluss und das Ressourcen- und Machtpotenzial betroffener Stakeholder von Bedeutung. Die strategische Bewertung erfolgt mit Blick auf die Frage, inwieweit die Berücksichtigung der Stakeholder zur Erfüllung langfristiger Ziele beiträgt.

Hinsichtlich der Auswahl von relevanten Stakeholdern erscheint ein zwei-stufiges Vorgehen sinnvoll, welches eine ethisch-normative Bewertung mit einer strategischen Bewertung zusammenführt (Waxenberger 2001, S. 46ff.). So geht es in einem ersten Schritt darum, jene Personengruppen zu identifizieren, deren grundlegenden Rechte von den Unternehmensaktivitäten in besonderer Art und Weise betroffen sind (Legitimität und Betroffenheit als wesentliche Kriterien). In einem zweiten Schritt können zusätzlich solche Stakeholder bzw. deren Anliegen berücksichtigt werden, welche für das Unternehmen aufgrund ihres Einflusses oder aus anderen Überlegungen heraus von besonderem Interesse sind.

Auch bei den identifizierten Issues sind jene herauszufiltern, auf welche die Ressourcen der Organisation am ehesten gelenkt werden sollten. Als Auswahlkriterien werden dabei häufig die Dringlichkeit bzw. die Wichtigkeit der dahinter stehenden Stakeholder, die Auswirkung auf die Organisation und Beeinflussbarkeit durch die Organisation genannt (Liebl 2000, S. 106ff., vgl. auch Tab. 2).

Da Issues in der Regel auf Stakeholder zurückgeführt werden können, ist es sinnvoll, Stakeholderbewertung und Issue-Bewertung zusammenzuführen. Mittels einer Matrix kann sichtbar gemacht werden, welche Themen und Issues mit welchen Stakeholdern verbunden sind und kann die Beurteilung von Dringlichkeit, Legitimität und Auswirkung von Anliegen und Issues mit der Beurteilung des Macht- und Einflusspotenzials von Stakeholdern verknüpft werden. Für die Ableitung von strategischen Prioritäten ist schließlich noch eine Zusammenführung mit den Ressourcen und Kompetenzen des Unternehmens sinnvoll, das heißt die Frage danach, welchen Mehrwert die Organisation mit der Verfolgung eines Themas schaffen kann (vgl. Abb. 16).

3.3.3 Konsequenzen der Analyse

Die Analyse von Stakeholderinteressen und Issues sowie der internen Ressourcen und Werte führt zur Aufdeckung gesellschaftlich relevanter Themen, für welche das Unternehmen aus strategischen oder ethischen Überlegungen heraus Verantwortung tragen sollte und bei denen es aufgrund seiner Ressourcen und Fähigkeiten be-

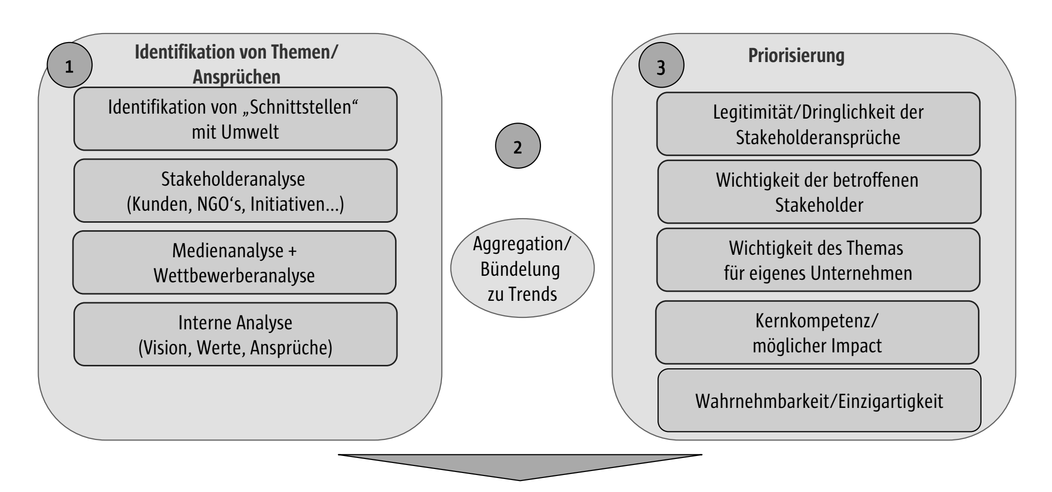


Abb. 16 Stakeholderdialog und Umfeldanalyse zur Identifizierung und Priorisierung interner und externer Themen

Tab. 2 Bewertung von Stakeholderanliegen zur Auswahl von Handlungsschwerpunkten

Kriterien	Gewicht: 100%	Thema 1 (Punkte)	Thema 2 (Punkte)	Thema x (Punkte)
1. Dringlichkeit/Legitimität der Stakeholderanliegen	x%			
2. Wichtigkeit der betroffenen Stakeholder	x%			
3. Wichtigkeit für eigenes Unternehmen	x%			
4. Kernkompetenz/möglicher Impact	x%			
5. Wahrnehmbarkeit/Einzigartigkeit	x%			
6. ….	x%			
Summe				

sonderen Mehrwert liefern kann. Sie liefert außerdem Informationen über das im Unternehmen existierende Wertgerüst, welches als Maßstab der Bewertung von Stakeholderanliegen dient und/oder durch das Verfassen von Leitlinien und Grundsätzen manifestiert und gefestigt bzw. gesteuert werden kann.

Wesentlich für die Ableitung strategischer Konsequenzen, welche sich beispielsweise auf Inhalte oder Adressaten der Verantwortung beziehen, ist die Zusammenführung der Ergebnisse von externer und interner Analyse, um extern herangetragene Ansprüche mit Erkenntnissen über den eigenen strategischen Spielraum sowie eigenen Werten und Leitlinien vereinen zu können. In der Regel führt die Analyse aber auch zur Identifizierung von Konflikten zwischen Anliegen unterschiedlicher Stakeholder, für welche sich das Unternehmen gleichermaßen verantwortlich fühlt. Sofern es nicht gelingt, über geeignete Strategien die Interessenkonflikte auszugleichen und zu einer für alle Beteiligten gewinnbringenden Situation zu gelangen, wird eine Interessenabwägung notwendig, das heißt es sind Regeln zu etablieren, nach denen die Priorität unterschiedlicher Ansprüche beurteilt werden können. Diese Regeln, welche z.B. auf die Dringlichkeit von Gütern, die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen, die Dauer der Beeinträchtigung, die Anzahl der beeinträchtigten Personen und die Reversibilität der Folgen abzielen (Korff 1979, S. 68ff.), können im normativen Wertegerüst festgeschrieben werden.

3.4 Die Festlegung der Ziele, Strategien und des strategischen Programms des verantwortlichen Managements

Auf Basis der Analyse und abgeleitet aus den übergeordneten Zielen des Unternehmens können nun Ziele und Strategien des Managements der sozialen Verantwortung konkretisiert werden. Dabei geht es um die Frage wie die im Rahmen der externen Analyse identifizierten Themen und Ansprüche unter Berücksichtigung eigener Ressourcen und Werte in den langfristigen Handlungsplan des Unternehmens integriert werden können[27]. Resultat ist die Ableitung von Handlungsschwerpunkten sowie die Definition strategischer Ziele und der Wege der Zielerreichung. Zur Auswahl von Handlungsschwerpunkten können die in Kapitel 3.3 definierten Kriterien sowie die grundlegenden Ziele des Managements der Verantwortung in Form eines Scoring Modells oder einer Entscheidungsmatrix berücksichtigt werden (s. Tab. 2).

So definiert z.B. Henkel insgesamt 5 Themenfelder als Schwerpunkte seiner Strategie des Verantwortungsmanagements (vgl. Abb. 17).

Die im Zuge des Verantwortungsmanagements definierten Handlungs- und Themenschwerpunkte sind verknüpft mit dem Zielbildungsprozess, innerhalb dessen formuliert wird, welche Ziele in welchem Ausmaß wie, wann, wo und durch wen erreicht werden sollen

27 Zum Wesen der Strategie (vgl. Schreyögg; Koch 2006, S. 61) mit Bezug auf Verantwortungsmanagement (Münstermann 2007, S. 78–79)



Abb. 17 Fokusfelder bei Henkel (Henkel 2010)

(vgl. Abb. 18, erstellt nach Angaben aus Heinen 1976, S. 59 ff., Münstermann 2007, S. 62–63).

Auch die gewählten Strategien sollten sich an den identifizierten Handlungsschwerpunkten orientieren und Wege zur Erreichung der definierten Ziele darstellen. Dabei sind Ziele und Strategien häufig nicht getrennt formulierbar. Je konkreter die Ziele des Verantwortungsmanagement definiert sind, desto eher werden sie bereits mit Handlungsplänen und Maßnahmen verknüpft; häufig sind Ziele auch erst der Ausfluss bzw. die Konsequenz der Strategiebestimmung (Meffert 2000, S. 69). Die Gestaltung der Strategie bezieht sich dabei auf drei Ebenen, innerhalb derer Aspekte des Verantwortungsmanagement berücksichtigt werden können (Göbel 2006, S. 148–150): die Unternehmensstrategie, die Geschäftsfeldstrategie und das strategische Programm.

Die Unternehmensstrategie

Sie befasst sich mit der Reichweite des Geschäfts (das heißt die Wahl der Geschäftsfelder auf nationaler und internationaler Ebene), den Grad der vertikalen Integration des Unternehmens und der Allokation der knappen Ressourcen auf die einzelnen Geschäftsfelder (Schreyögg; Koch 2007, S. 73)[28]. Die Integration von Aspekten der gesellschaftlichen Verantwortung in die Unternehmensstrategie könnte beinhalten, selbst in neue nachhaltige Geschäftsfelder einzutreten (z.B. Social Banking bei Banken, umweltfreundliche Kleinwagen bei Automobilkonzernen oder Medizinische Versorgungszentren bei Krankenhäusern) oder Kooperationen mit entsprechenden Partnern einzugehen. Bei der Allokation der Ressourcen sollten Aspekte der Verantwortung und die Beurteilung der Geschäftsfelder mit eingehen (z.B. tritt Henkel nur dann mit neuen Produktangeboten auf den Markt, wenn diese einen Beitrag in mindestens einem der durch Henkel definierten Fokusfelder der Nachhaltigkeit leistet).

28 Fragen der organisatorischen Gestaltung sowie der Rechtsform und Eigentumsverhältnisse werden in der Regel auch zu den strategischen Entscheidungen auf Gesamtunternehmensebene gezählt, werden aber hier an anderer Stelle behandelt.

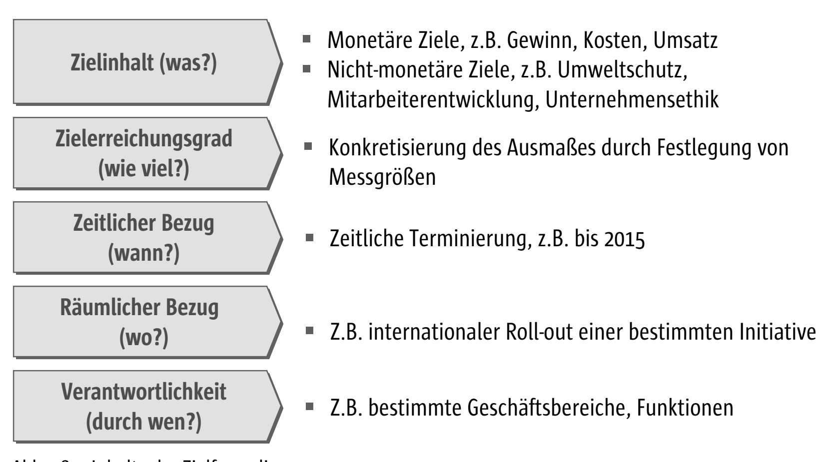


Abb. 18 Inhalte der Zielformulierung

Die Geschäftsfeldstrategie

Sie bestimmt den Wettbewerbsvorteil, mit welchem das Unternehmen sich gegenüber dem Wettbewerb positionieren möchte (Porter, 1980). Eine Positionierung im Wettbewerb unter Integration des Verantwortungsgedankens kann sich auf unterschiedliche Elemente der Wertschöpfungskette beziehen, so zum Beispiel auf die Gestaltung des Leistungsangebotes, den Vertrieb, Prozesse oder den Einkauf:

- **Gestaltung des Produkt- bzw. Leistungsangebotes** (z.B. Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen)
- **Vertrieb/Marketing**: Berücksichtigung ethischer Aspekte bei der Vermarktung von Produkten
- **Prozesse**: Verantwortlicher Ressourcenverbrauch, verantwortliche Mitarbeiterführung
- **Einkauf**: Berücksichtigung des ökologischen oder sozialen „footprints“ der für den Betrieb notwendigen Ressourcen

Das strategische Programm

Als Bindeglied zu den operativen Plänen dient es dazu, die grundlegenden Strategien des Gesamtunternehmens und der Geschäftsfelder in Funktionalstrategien oder im Rahmen von strategischen Projekten umzusetzen.

Die gewählten Strategien sollten sich an den identifizierten Handlungsschwerpunkten orientieren und Wege zur Erreichung der definierten Ziele darstellen.

3.5 Die Steuerung und Kontrolle

3.5.1 Überblick über Steuerungskonzepte

Steuerungskonzepte bzw. -systeme unterstützen die Umsetzung von Strategien im Unternehmen[29]. Wesentlich hierfür sind die Formulierung von Zielen, Messgrößen und Maßnahmen sowie die regelmäßige Kontrolle der Zielerreichung. Die meisten Steuerungssysteme konzentrieren sich bisher auf den ökonomischen und ökologischen Bereich (Schaltegger u.a. 2002, S. 11). Steuerungskonzepte, welche das Verantwortungsprinzip auch im sozialen Bereich explizit mit berücksichtigen, sind z.B. die Sustainable Balanced Score Card und der Sustainable Excellence Ansatz[30]. Während der Sustainable Excellence Ansatz bisher im Wesentlichen auf Gesamtunternehmensebene als Selbstbewertungs- bzw. Benchmark-Instrument verwandt wird, dient die Sustainable Balanced Score Card der ganzheitlichen und durchgängigen Steuerung verantwortungsvoller Strategien im Unternehmen (vgl. Kap. 3.5.2 und 3.5.3).

Die Kontrolle ist in der Regel in den internen Steuerungszyklus integriert. Neben einer regelmäßigen Überprüfung der Zielerreichung innerhalb des regulären Controllingzyklus (z.B. Kontrolle von Ressourcenverbrauch, Weiterbildungsscontrolling u.ä.) finden außerdem interne oder externe Audits (zum Beispiel Sozialaudit- oder Nachhaltigkeitsaudits, Legal-Compliance-Audit)[31] oder extern durchgeführte Ratings oder Zertifizierungen Anwendung, bei welchen die Umsetzung des Verantwortungsgedankens bzw. die Einhaltung selbstgesetzter Normen oder Leitlinien bzw. überprüft werden (s. hierzu ausführlich Schaltegger 2007). So ist auch der Sustainable Excellence Ansatz in der Regel mit einem Audit verbunden, innerhalb dessen ausgebildete Auditoren leitfragengestützt das Management bewerten. Diese Kontrollinstrumente werden häufig für bestimmte Teilbereiche verwandt, so z.B. zur Überprüfung/Bewertung von Gleichberechtigung, Arbeitssicherheit, Führungsstil/Betriebsklima oder Aus- und Weiterbildung (Schaltegger 2007, S. 16).

Organisatorisch wird die Kontrolle außerdem über die Bildung von Komitees oder die Benennung von Verantwortlichen bestimmt, welche als Anlaufstelle bei ethischen Fragestellungen dienen und Entscheidungen von Führungskräften vor dem Hintergrund ethischer Fragestellungen überprüfen (z.B. Ethikomitees).

29 Im Gegensatz zu den Instrumenten bedienen sich Konzepte und Systeme eines Sets systematisch aufeinander abgestimmter Instrumente (z.B. Audit, Leitbild, Bericht usw.) zur Erreichung eines bestimmten Zielbündels.

30 Einen weiteren wichtigen Ansatz stellt das Sustainable Value Management dar, auf welches im Folgenden nicht weiter eingegangen wird (vgl. Steimle 2008, S. 116).

31 Der SA 8000 ist beispielsweise ein Standard zur Erfassung und Verbesserung sozialer Leistungen von Unternehmen. Er ist aber insbesondere für global tätige Unternehmen als „Mindeststandard“ relevant.

Ziel: Integration von „Nachhaltigkeit“ in strategische und operative Planung
- Analyse von Stakeholdern und eigener Strategie
- Selbstbewertung/Benchmarking
- Zielformulierung, operative Umsetzung und Kontrolle

Basis: EFQM
- Ergänzung durch (unternehmensspezifisch definierte) Nachhaltigkeitskriterien
- Stakeholderorientierung

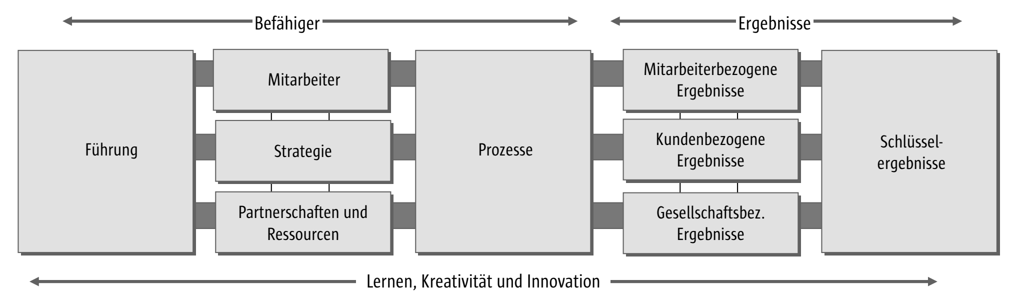


Abb. 19 Das EFQM-Modell als Basis des Sustainable Excellence-Ansatzes (in Anlehnung an © European Foundation for Quality Management 2010, mit freundlicher Genehmigung)

3.5.2 Der Sustainable Excellence Ansatz

Der Sustainable Excellence Ansatz stellt eine Weiterführung des Excellence Ansatzes der EFQM dar (s. Abb. 19), welcher auf den Prinzipien des Total Quality Managements beruht. Durch eine Bewertung des Ressourcenpotenzials (insbesondere Führung, Mitarbeiter, Partnerschaften u.ä.), der Unternehmensprozesse und der Unternehmensergebnisse sollen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der nachhaltigen Unternehmensperformance erreicht werden. Dabei wird das Prinzip der Verantwortung zum integralen Bestandteil der strategischen und operativen Führung des Unternehmens (Rabe v. Pappenheim 2008, S. 107).

Die Bewertung erfolgt über verschiedene, angepasste oder standardisierte Erhebungs- und Bewertungsbögen. Dabei wird die sogenannte RADAR-Methodik angewandt, welche ausgehend von den gewünschten Zielen das Vorgehen und die Umsetzung definiert und in der Bewertung überprüft, inwieweit die Ergebnisse gemessen werden und daraus Verbesserungspotenziale abgeleitet werden.

Der Sustainable Excellence Ansatz wird seit 2006 von einigen Unternehmen des Mittelstandes erprobt, allerdings steht eine endgültige Überarbeitung des Modells durch die EFQM noch aus.

3.5.3 Die Sustainable Balanced Score Card

Auch die Sustainable Balanced Score Card ist eine Erweiterung eines Controlling-Instrumentes, welches zur Planung, Steuerung und Kontrolle ökonomischer Zielsetzungen entwickelt wurde, um Aspekte der sozialen und ökologischen Verantwortung (Figge et al. 2001, S. 2). In seiner Grundform dient die Balanced Score Card der ausgewogenen Steuerung von vier Bereichen bzw. Perspektiven, welche den langfristigen Erfolg eines Unternehmens sowie dessen Strategie und Vision maßgeblich beeinflussen, und definiert für diese Bereiche strategische Ziele, Ergebniskenngrößen, Leistungstreiber sowie Maßnahmen für die Erreichung der Ziele (Kaplan; Norton 1992, 1997, 2001).

Grundannahme der Balanced Scorecard ist, dass nicht nur die effiziente Nutzung des Anlagekapitals maßgeblich für den Unternehmenserfolg ist, sondern auch weiche Faktoren wie das intellektuelle Kapital wie das Wissen der Mitarbeiter, effektive Prozesse und gute Kundenbeziehungen. Dementsprechend gehören zu den Perspektiven neben der Finanzperspektive die Kundenperspektive, die Prozessperspektive und die Lern- und Entwicklungsperspektive. Die Perspektiven stehen in einer hierarchischen Beziehung zueinander: Finanzielle Ergebnisgrößen werden maßgeblich von der Kundentreue beeinflusst, diese wiederum ist ein Resultat effizienter Prozesse, wel-

Tab. 3 Generische strategische Kernaspekte für die Formulierung von Ergebniskennzahlen

Finanzperspektive	Kundenperspektive	Prozessperspektive	Lern- und Entwicklungsperspektive
Optimierung der Erträge und Abbau Defizit Erschließung neuer Finanzquellen Steigerung der Investitionsquote	Patientenzufriedenheit Zufriedenheit der einweisenden Ärzte Reputation/ Bekanntheitsgrad Wissenschaftliche und klinische Kooperationen	Innovationsprozess Schaffung neuer Leistungsangebote Betriebsprozess Verbesserung der internen und externen Kommunikation ■ Harmonisierung der Prozesse ■ Schaffung von Transparenz Kundendienstprozess Verbesserung von Patientenaufnahme/Information	Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Gleichberechtigung Ausbau der Qualifikation auf allen Ebenen Ausbau der Informationssysteme

che durch kompetente und motivierte Mitarbeiter gestaltet werden. Im Krankenhausmanagement könnten für die einzelnen Perspektiven beispielsweise die in Tabelle 3 dargestellten strategischen Ziele definiert werden (erstellt nach den Angaben aus Conrad 2001, S. 81–92).

Die Patientenzufriedenheit könnte zum Beispiel über Patientenbefragungen gemessen werden und ein entsprechender Zufriedenheitsindex als Ergebniskennzahl definiert werden. Leistungstreiber wäre z.B. die schnelle Versorgung, ausreichende Information, die wiederum entsprechende Maßnahmen nach sich ziehen würden.

Schon in der klassischen Form der Balanced Scorecard werden die Belange von Kunden (Patienten) und Mitarbeitern als wesentliche Stakeholder über die Kunden-, Mitarbeiter- und Prozessperspektive mit angesprochen. Bei einer Sustainable Balanced Scorecard kann der Verantwortungsgedanke zusätzlich berücksichtigt werden über

- die Definition von entsprechenden sozialen und umweltbezogenen Kennzahlen innerhalb der bestehenden Perspektiven,
- die Etablierung einer neuen Perspektive oder
- die Erstellung einer eigenen Sustainable Balanced Scorecard (Figge et al. 2001, S. 22).

Bei einer Integration entsprechender Kennzahlen in die bestehenden Perspektiven könnten z.B. ökologische Aspekte bei betrieblichen Prozessen oder Produktgestaltung oder die Zufriedenheit zusätzlicher Stakeholder in der Kundenperspektive berücksichtigt werden. Dies ist dann sinnvoll, wenn die entsprechenden Größen positiv auf finanzielle Ziele wirken und quasi in den Marktmechanismus integriert sind (z.B. Anbieter von Ökowaschmittel). Durch die Etablierung einer zusätzlichen Nicht-Marktperspektive wird gewährleistet, dass auch die Aspekte der Verantwortung berücksichtigt werden, die nicht in den Marktmechanismus integriert sind und dennoch Kernaspekte der Strategie darstellen (Figge et al. 2001, S. 26). Abbildung 20 zeigt auf, wie eine Sustainable Balanced Scorecard mit zusätzlicher Perspektive gestaltet werden könnte.

3.6 Die Kommunikation

Kommunikation wird häufig als „Austausch“ oder „Übertragung“ von Informationen beschrieben. Gemäß Mackenzie (Mackenzie 1969) ist die Kommunikation integraler Bestandteil wesentlicher Managementfunktionen, insbes. des Personaleinsatzes, der Führung und der Kontrolle. Gleichzeitig dient sie im Bereich des Marketings der zielgerichteten Beeinflussung interner und externer Zielgruppen (s. Kap. 3.1). Bezogen auf das Management sozialer Verantwortung ist Kommunikation in folgenden Bereichen relevant:

Externe Analyse und Kommunikation

- Wie in Kapitel 3.3.2 erläutert, ist die Analyse der Stakeholdererwartungen wesentlich für die Definition von Zielen und Maßnahmen des Verantwortungsmanagement; die Kommunikation der Ergebnisse ist dann die logische Konsequenz. Ein permanenter Stakeholderdialog ist dabei eine effektive Möglichkeit,

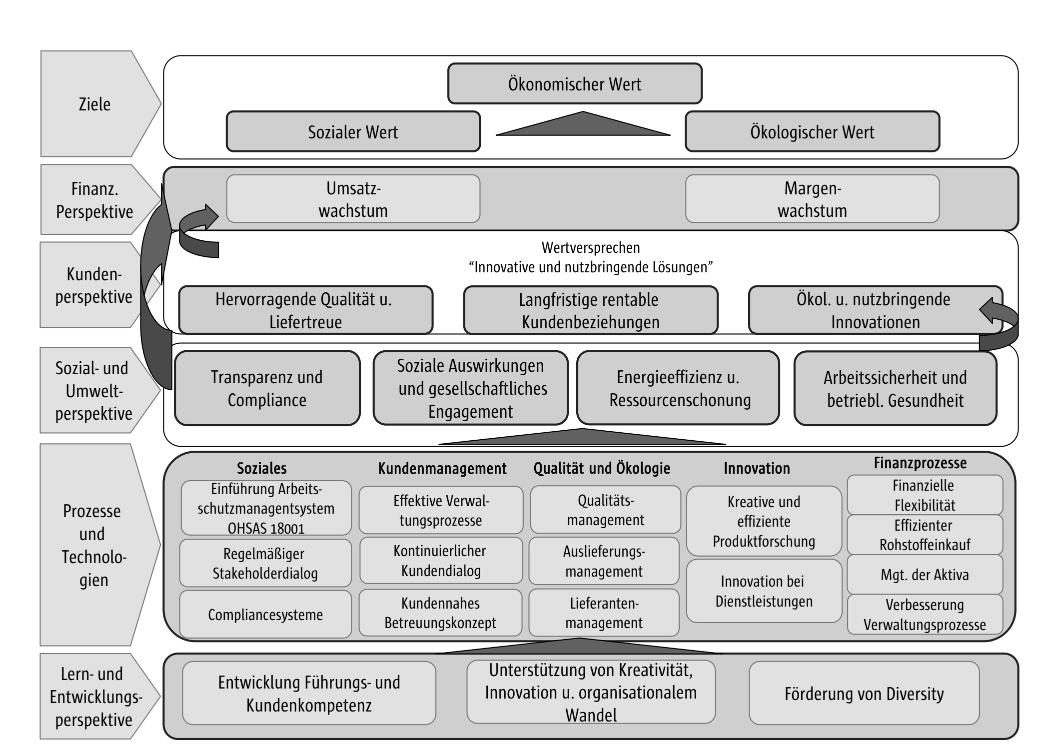


Abb. 20 Exemplarische Sustainable Balanced Scorecard mit zusätzlicher Perspektive für ein Industrieunternehmen

diese Erwartungen zu erkennen, Stakeholdererwartungen miteinander in Einklang zu bringen und relevante Gruppen über die Ergebnisse des Verantwortungsmanagements zu informieren. Der Grundgedanke des Prinzips der Verantwortung – nämlich das Finden eines für alle Beteiligten akzeptablen Ausgleichs zwischen verschiedenen und gegebenenfalls konfligierenden Interessen – stellt die Kommunikation bzw. den Dialog sogar in das Zentrum des Verantwortungsmanagements.

- Fraglich ist, wie ein solcher Stakeholderdialog auch institutionell etabliert werden kann. In Unternehmen der Privatwirtschaft werden allgemeine Fragestellungen häufig im Rahmen von Stakeholderforen diskutiert (s. Kap. 3.3.2). Über Kundenbeiräte werden Kunden in Entscheidungsprozesse involviert, und Mitarbeiter können über Aufsichtsräte und Betriebsrat ihren Einfluss geltend machen. In Krankenhäusern wird hingegen über die Einführung von Ethikkomitees diskutiert. Wesentlich bei der Diskussion um die Institutionalisierung des Stakeholderdialoges ist dabei einerseits die Repräsentativität – das heißt die Integration aller wesentlichen Stakeholdergruppen – und die Verzahnung mit dem strategischen Management – das heißt die Ergebnisse solcher Beiräte oder Foren sollten sich in strategischen Entscheidungen tatsächlich niederschlagen können.
- Schließlich geht es bei der Kommunikation auch um die Vermittlung der Erfolge des Verantwortungsmanagements nach außen. Kommunikation wird daher im Zuge des externen Marketings eingesetzt, um ein positives Bild vom Unternehmen zu schaffen und sich von den Wettbewerbern abgrenzen zu können.

Führung und Koordination

- Kommunikation dient der Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses über Ziele und Maßnahmen des Verantwortungsmanagements bei Mitarbeitern und Führungskräften. Grundsätze und Leitlinien des Verantwortungsmanagements sollten über geeignete Kommunikationskanäle vermittelt und dessen Verankerung über Training und Work-

shops unterstützt werden. Die Integration von Zielen, Maßnahmen und Ergebnissen in allg. Controllingroutinen (welche sogenannte „weiche Faktoren“ mit berücksichtigen) ist darüber hinaus wesentlich für die Informationsversorgung der Beteiligten (s. Kap. 3.5.3). Dabei geht es nicht nur um die Instrumente selber (z.B. Sustainable Balanced Score Card; Sozial- oder Umweltaudit), sondern insbesondere auch um die Kommunikation der Ergebnisse (nach innen und nach außen).

3.7 Zusammenfassung

Die Umsetzung des Verantwortungsprinzips erfordert die Integration des Verantwortungsgedankens in das strategische Management unter Nutzung allgemeiner Managementinstrumente. Auf Basis der grundlegenden Werte und Ziele des Managements müssen Stakeholder und deren Ansprüche analysiert und priorisiert werden und Strategien und Maßnahmen definiert werden, welche zu einem für alle Beteiligten akzeptablen Ergebnis führen werden. Da Stakeholder im Konzept des Verantwortungsmanagements eine wesentliche Rolle einnehmen, müssen sie stärker in den Managementprozess involviert werden, als dies bisher der Fall war. So reicht es nicht aus, sich im Rahmen einer Stakeholderanalyse Klarheit über deren Erwartungen zu verschaffen, vielmehr ist erforderlich, gemeinsam mit Stakeholdern über Konflikte und Konfliktlösungsstrategien nachzudenken und die Ergebnisse des Verantwortungsmanagements regelmäßig auch an diese zu kommunizieren. Im Ergebnis führt dies zu einer höheren Akzeptanz der Entscheidungen der Unternehmensführung bei Mitarbeitern und anderen Stakeholdern und kann so die Differenzierung von möglichen Wettbewerbern zur Folge haben.

4 Zur Handlungssituation des Krankenhausmanagements

4.1 Einführung und Überblick

Die Entwicklung eines Management-Konzepts, das sozial verantwortliches Handeln von Führungskräften und Mitarbeitern verlangt und das die Voraussetzungen dafür schafft, dass Führungskräfte und Mitarbeiter dieses Konzept akzeptieren und praktizieren wollen und können, erfolgt auf der Grundlage der Handlungssituation des Krankenhausmanagements. In dieser kommen die kulturellen und strukturellen Besonderheiten und andere Bedingungen der Leitungsarbeit eines Krankenhauses zum Ausdruck. Sie markiert den Handlungsspielraum, der es den Verantwortungsträgern entweder ermöglicht, bei ihren Entscheidungen die Anliegen der von diesen Entscheidungen betroffenen angemessen zu berücksichtigen, oder der dieses verunmöglicht, wenn die Grenzen des Handlungsspielraums allzu eng gezogen werden.

Die aktuelle Handlungssituation eines Krankenhauses ist als Basis für sozial verantwortliches Handeln nicht immer oder nur bedingt geeignet und muss deshalb möglicherweise geändert werden (Beispiel 1).

Beispiel 1

Eine zentralistisch geprägte Leitungsstruktur konzentriert einen großen Teil der Leitungsbefugnisse bei Stellen und/oder Gremien, die in der Spitze des Unternehmens verortet sind. Führungskräfte und Mitarbeiter in den nachgeordneten Leitungsebenen sind überwiegend ausführend tätig.

Der Umfang der den zuletzt genannten Führungskräften und Mitarbeitern zugewiesenen Entscheidungsspielräume tendiert gegen Null. Sie haben deshalb keine Möglichkeit, Stakeholder-Anliegen, dazu zählen unter anderem auch die Bedürfnisse der ihnen nachgeordneten Führungskräfte und Mitarbeiter, bei den von ihnen zu fällenden Entscheidungen angemessen zu berücksichtigen.

Eine derartig organisierte Leitung eines Krankenhauses ist für das Wirksamwerden eines Konzeptes des Managements der sozialen Verantwortung nur bedingt, wenn überhaupt geeignet. Die Leitungsstruktur wird angepasst werden müssen, damit die Akteure des Krankenhauses sozial verantwortlich handeln können.

Umso wichtiger ist es, die gegebene Handlungssituation zu analysieren und vor allem auch die Motive für deren Gestaltung zu identifizieren und zu bewerten. Erst danach ist man imstande festzulegen, welche Elemente der aktuellen Handlungssituation in das neue Management-Konzept

übernommen werden können und welche gegebenenfalls neu gefasst werden müssen.

Das für das konkrete Unternehmen geeignete Konzept eines Managements der sozialen Verantwortung kann nur unter Berücksichtigung der für dieses Unternehmen spezifischen Handlungssituation und unter aktiver Beteiligung der Geschäftsführung entwickelt und implementiert werden. Wenn die Geschäftsführung eines Krankenhauses allerdings meint, sich dieser Mühe nicht unterziehen zu müssen und ein Konzept des Managements der sozialen Verantwortung „von der Stange" kauft, besteht die Gefahr, dass Elemente, also zum Beispiel Normen für den Umgang der Verantwortungsträger mit den Adressaten der Verantwortung, in das neue Konzept eingeführt werden, die die spezifischen, nicht selten unsichtbaren Bedingungen der Leitungsarbeit in dem konkreten Krankenhaus nicht abbilden und deshalb auch nicht realisiert werden können. Möglicherweise werden organisationale Barrieren, die die Wahrnehmung von Verantwortung verunmöglichen, nicht erkannt und deshalb auch nicht abgebaut.

In den folgenden Kapiteln wird die Handlungssituation eines Krankenhauses beispielhaft beschrieben. Diese Analyse ist als Anregung – als Checkliste – für die erforderliche Analyse im konkreten Entwicklungs- und Implementierungsfall gedacht. Sie darf Letztere nicht ersetzen. Für das konkrete Krankenhaus würde sonst – wie schon erwähnt – möglicherweise ein Management der sozialen Verantwortung konzipiert und praktiziert werden, das für diesen Einzelfall nicht geeignet ist und deshalb zu Fehlentwicklungen beitragen kann.

Die Handlungssituation des Krankenhausmanagements wird durch Faktoren geprägt, die, wenn sie sich verändern, im Regelfall Anlass für unternehmerisches Handeln sind. Dabei geht es um (s. Abb. 21)

- externe Einflussfaktoren
  - diverse die Leitungsarbeit treibende Faktoren,
  - diverse, eher restriktiv wirkende Rahmenbedingungen,
- interne Einflussfaktoren
  - das Leistungsprogramm,

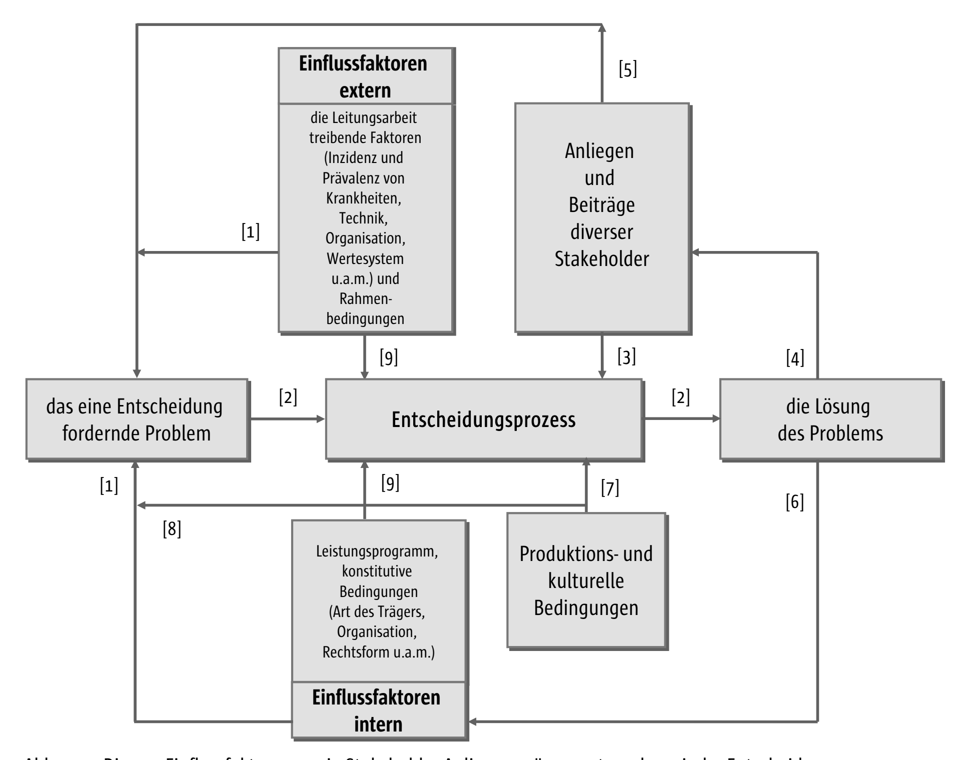


Abb. 21 Diverse Einflussfaktoren sowie Stakeholder-Anliegen prägen unternehmerische Entscheidungen

- diverse konstitutive Bedingungen der Leitungsarbeit – dazu gehört auch die Unternehmensorganisation (= Leitungsstruktur des Krankenhauses und die Gestaltung der Entscheidungsprozesse) (Näheres dazu in Kap. 6),
- für die Leitungsarbeit in Krankenhäusern typische Produktions- und kulturelle Bedingungen sowie um
- Anliegen und Beiträge diverser Stakeholder.

Wenn die Ergebnisse einer Handlungssituations-Analyse helfen sollen, sozial verantwortliches Handeln dauerhaft wirksam werden zu lassen, dann werden Antworten auf die nachstehend genannten Fragen benötigt:

1. Welche Einflussfaktoren und sonstige Faktoren mit welcher Charakteristik sind für die Entwicklung des Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung prägend?
2. Welche Beziehungen gibt es zwischen den Elementen der in der Abbildung 21 skizzierten Handlungssituation?
3. Welchen Zusammenhang gibt es zwischen möglichen Einflussfaktoren-Veränderungen und der Dimension des dem Verantwortungsträger zur Verfügung stehenden Handlungsspielraums?
4. Welche Rollen spielen die Stakeholder?
5. Welche Beziehungen gibt es zwischen den Zielen, die Stakeholder mittels ihrer Anliegen verfolgen?

Der Begründung und Erläuterung dieser Fragen dienen die nun folgenden Ausführungen. Die beispielhafte Beantwortung der Fragen im Detail erfolgt in den Kapiteln 4.2, 4.3 und 4.4.

Zu 1. Welche Einflussfaktoren und sonstige Faktoren mit welcher Charakteristik sind für die Entwicklung des Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung prägend?

Im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung ist die Identifizierung und Charakterisierung der Stakeholder sowie die Analyse und Bewertung der Stakeholder-Anliegen und -Beiträge von zentraler Bedeutung. Es empfiehlt sich deshalb, den Analyseprozess mit dem Erstellen einer möglichst vollständigen Liste der für das Krankenhaus relevanten Stakeholder (s. Tab. 4) zu beginnen. In dieser Liste sollten die Anliegen und Beiträge der Stakeholder möglichst detailliert beschrieben werden, um sie bewerten und um anschließend entscheiden zu können, ob und mit welchem Gewicht sie bei Entscheidungen berücksichtigt werden sollen.

Die Vorarbeiten werden fortgesetzt mit der Auflistung und Beschreibung aller jener Faktoren, die die Leitungsarbeit in einem Krankenhaus entweder treiben oder restriktiv beeinflussen. Dem zur Verfügung stehenden Platz geschuldet, werden von diesen Faktoren in den Kapiteln 4.2 bis 4.4 nur die Produktions- und kulturellen Bedingungen der Leitungsarbeit (s. Kap. 4.2), die externen Einflussfaktoren (die Leitungsarbeit treibenden Faktoren [s. Kap. 4.3] und Rahmenbedingungen [s. Kap. 4.4]) dargestellt. Eine Auswahl

Tab. 4 Stakeholder-Liste (Ausschnitt)

Stakeholder		
Patienten*	einweisende Ärzte*	Personalvertretungen
Mitarbeiter*	Versicherer	Staat in diversen Rollen (z.B. als Ordnungsgeber, Fördermittelgeber, Aufsichtsorgan, Planungsbehörde)
Führungskräfte*	Banken	Lieferanten (Güter und Dienstleistungen)
Eigentümer*	andere Erbringer medizinischer Leistungen	Kammern
Region als Wohn- und Lebensbereich potenzieller Patienten*	Anrainer	diverse Verbände
Region im Sinne einer Wirtschaftsregion	Zertifizierungsunternehmen	…
Krankenkassen*	Selbsthilfegruppen	
Angehörige von Patienten	Politiker	
Ehrenamtliche Helfer	Kirchen	

Die Interessen der mit * gekennzeichneten Stakeholder werden bei den weiteren Ausführungen berücksichtigt.

der konstitutiven Bedingungen der Leitungsarbeit – die Leitungsstruktur des Krankenhauses und die Organisation betrieblicher Leitungsentscheidungen – werden in ähnlicher Weise in Kapitel 6 thematisiert.

Die Beschreibung der Handlungssituation in den Kapiteln 4.2 bis 4.4 verknüpft die beiden Analyse-Schritte, indem

- die genannten Faktoren im Detail charakterisiert werden und
- anschließend anhand ausgewählter Beispiele gefragt wird, wie Stakeholder möglicherweise reagieren, wenn sich die Handlungssituation des Krankenhauses verändert und die Geschäftsführung mit Entscheidungen, die Folgen für Stakeholder haben können, antworten muss.

Zu 2. Welche Beziehungen gibt es zwischen den Elementen der in Abbildung 21 skizzierten Handlungssituation?

Das die Handlungssituation des Krankenhaus-Managements prägende Beziehungs-Modell lässt sich etwa wie folgt charakterisieren (die im Folgenden genannten Ziffern beziehen sich auf die Ziffern in Abbildung 21):

- Veränderungen der die Leitungsarbeit beeinflussenden internen und externen Einflussfaktoren – wie zum Beispiel die Veränderung der Art der Krankenhausleistungs-Vergütung – führen nicht selten zu Problemen – wie zum Beispiel zu einer Verknappung des Ressourcen-Einsatzes (Ziffer 1). Diese werden gelöst, indem Entscheidungen gefällt und die Ergebnisse der Entscheidungen umgesetzt werden (Ziffer 2). Bei der Vorbereitung, dem Fällen und dem Umsetzen dieser Entscheidungen werden die Bedürfnisse der Stakeholder – soweit diese als legitim akzeptiert werden – angemessen berücksichtigt (Ziffer 3).
- Die zu fällenden Entscheidungen haben Folgen:
  a) Stakeholder können von den Entscheidungen insofern betroffen sein, als ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden und damit ihre eigene Handlungssituation verändert wird – wie zum durch die Kündigung des Arbeitsverhältnisses (Ziffer 4).
  b) Stakeholder sind auch indirekt von Veränderungen der die Leitungsarbeit treibenden und/oder restriktiv beeinflussenden Faktoren betroffen, weil die zu fällenden Entscheidungen Veränderungen des Leistungsprogramms und/oder der konstitutiven Bedingungen zur Folge haben können (Ziffer 6). Ein neuer Entscheidungsprozess wird ausgelöst (Ziffern 1 und 2); die Bedürfnisse der Stakeholder sind angemessen zu berücksichtigen (Ziffer 3).
- Stakeholder verhalten sich nicht nur passiv. Sie versuchen durch eigene Beiträge proaktiv auf das Geschehen im Krankenhaus Einfluss zu nehmen und verursachen damit Probleme (Ziffer 5), die durch Entscheidungen gelöst werden müssen (Ziffern 1 und 2); die Bedürfnisse der Stakeholder sind angemessen zu berücksichtigen (Ziffer 3) (zu der Rolle der Stakeholder siehe auch die Anmerkungen zu 4.).
- Die für das Krankenhaus typischen Produktions- und kulturellen Bedingungen und externe und interne Einflussfaktoren beeinflussen als Datum die Leitungsarbeit des Krankenhausmanagements (Ziffern 7 und 9). Beide Arten von Faktoren begrenzen möglicherweise den Handlungsspielraum der Verantwortungsträger (Beispiel 2) und damit deren Vermögen, sozial verantwortlich zu handeln.

Beispiel 2

Die schon mehrfach erwähnte, sich für einzelne Krankenhäuser abzeichnende Notwendigkeit, den Ressourceneinsatz zu reduzieren, verlangt das Heben von Synergieeffekten mittels Abteilungen und Berufgruppen übergreifender Kooperationen. Das für Krankenhäuser typische Bestreben der Abteilungen nach Autonomie und das Bemühen einzelner Berufsgruppen um Emanzipation gegenüber anderen Berufsgruppen schränkt die Handlungsfähigkeit der Geschäftsführung erheblich ein; sie erschweren die Entwicklung der erwähnten Kooperationen und verhindern damit möglicherweise notwendige Effizienzsteigerungen.

- Wenn die krankenhausspezifischen Produktions- und kulturellen Bedingungen durch das Krankenhausmanagement verändert werden (für die kulturellen Bedingungen ist es allerdings umstritten, ob dieses wirklich möglich ist) (Ziffer 8), sind als Folge davon Entscheidungen zu fällen (Ziffern 1 und 2) (Beispiel 3). Die daraus möglicherweise zu erwartenden Konsequenzen für Stakeholder sind dabei angemessen zu berücksichtigen (Ziffer 3).

Beispiel 3

Wenn die Geschäftsführung beschließt, die herkömmliche Organisation der Pflege durch eine den Patienten in stärkerem Maße einbeziehende Pflege zu ersetzen, fordert dieses eine Folge-Entscheidung, die Personalausstattung betreffend – mit positiven und negativen Konsequenzen für eine größere Zahl von Mitarbeitern in anderen Leistungsbereichen.

Die Beziehungen zwischen

- Einflussfaktoren-Veränderungen als Anlass für einen Entscheidungsprozess,
- den Produktions- und kulturellen Bedingungen als eine Art der Bestimmung der Grenzen des Verantwortungsträger-Handlungsspielraums und
- den Folgen für Stakeholder

sind äußerst komplex (s. Abb. 22).

Jede Veränderung von Elementen des Handlungsspielraums kann Folgen für eine Vielzahl von Stakeholdern auslösen. Bevor dieses aber geschehen kann, wird die Entscheidung durch ein möglicherweise breites Spektrum von Bedingungen der Leitungsarbeit gefiltert.

Zu 3. Welchen Zusammenhang gibt es zwischen möglichen Einflussfaktoren-Veränderungen und der Dimension des dem Verantwortungsträger zur Verfügung stehenden Handlungsspielraums?

Die Beantwortung dieser Frage ist deshalb von zentraler Bedeutung, weil sozial verantwortliches Handeln nur dann möglich ist, wenn dem Verantwortungsträger ein Handlungsspielraum zur Verfügung steht, der es ihm erlaubt, die Befriedigung der Stakeholder-Bedürfnisse in Betracht zu ziehen. Diese Voraussetzung ist nicht immer gegeben:

- Veränderungen der Einflussfaktoren sind einerseits Datum für das Management im Krankenhaus. Sie müssen umgesetzt werden, und zwar unabhängig von den sich daraus für

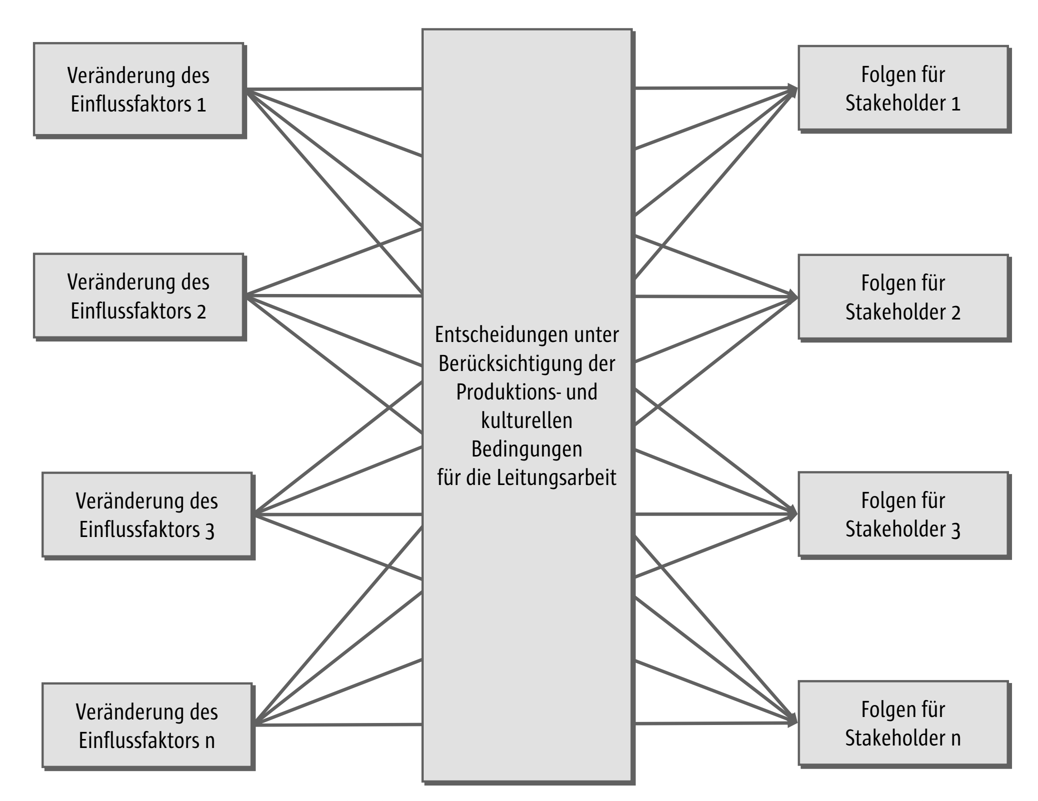


Abb. 22 Zusammenhang zwischen Einflussfaktoren-Veränderungen, Produktions- und kulturellen Bedingungen für die Leitungsarbeit und Folgen für Stakeholder

Stakeholder ergebenden Folgen (Beispiel 4). Raum für sozial verantwortliches Handeln ist in einem solchen Falle nicht gegeben.

Beispiel 4

Die Veränderungen finanzieller Rahmenbedingungen – die Umstellung von dem herkömmlichen auf das pauschalierende Entgeltsystem (zu dem DRG-System s. Behrends, S. 79ff.) – müssen von dem Krankenhausmanagement als Datum akzeptiert und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden.

Die genannten Veränderungen sind nicht nur struktureller, sondern vor allem auch materieller Art: In vielen Krankenhäusern muss deshalb der Ressourceneinsatz reduziert werden. Die Folgen haben vielfach nicht nur die Mitarbeiter zu tragen, weil Arbeitsplätze wegfallen und/oder Teile der Vergütung (zumindest zeitweise) gestrichen werden und die Arbeitsbelastung für die verbleibenden Mitarbeiter größer wird. Wenn die Reduzierung der Zahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiter nicht durch die Verbesserung der Arbeitsabläufe und durch das Heben von Rationalisierungsreserven ausgeglichen werden kann, sind nicht selten auch die Patienten betroffen.

- Hinsichtlich anderer Einflussfaktoren-Veränderungen sind die Verantwortlichen frei zu entscheiden, ob überhaupt und in welcher inhaltlichen und zeitlichen Ausprägung Veränderungen der Einflussfaktoren bei Entscheidungen berücksichtigt werden (Beispiel 5).

Beispiel 5

So ist die Geschäftsführung eines Krankenhauses zum Beispiel frei hinsichtlich der Nutzung einer weiterentwickelten Medizin-Technik. Sie kann sich dieser Entwicklung anschließen und in sie investieren; sie kann aber auch darauf verzichten, um Leistungen, die nur auf der Grundlage eines sehr hohen technischen Aufwandes erbracht werden können, von den dafür spezialisierten Leistungserbringern einzukaufen.

Zu den Folgen, die sich einstellen, wenn sich die Geschäftsführung für die Investition in die weiterentwickelte Medizin-Technik entscheidet, siehe ausführlich bei Beispiel 9.

Zu 4. Welche Rollen spielen die Stakeholder?
Es gibt eine Vielzahl von Personen und Institutionen, denen gegenüber das Krankenhaus verantwortlich ist und/oder die das Krankenhaus für die Folgen seines Handelns in Anspruch nehmen wollen (s. Tab. 4). Es gibt nicht wenige Stakeholder, die durch eigene Beiträge die weitere Entwicklung des Krankenhauses sichern wollen.

Um im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung auf Veränderungen der Einflussfaktoren reagieren zu können, muss der Verantwortungsträger nicht nur wissen, welches die Bedürfnisse der Stakeholder sind. Er muss sich auch im Klaren darüber werden, wie sich Stakeholder in dem Problemlösungsprozess verhalten werden:

- Es fragt sich zum Beispiel, ob die Stakeholder bereit sind, als Ergebnis gezielter Interventionen durch die Geschäftsführung auf die Befriedigung eines Teils ihrer Bedürfnisse zu verzichten, wenn damit sichergestellt werden kann, dass anderen Anliegen entsprochen werden kann (Beispiel 6).

Beispiel 6

Die Mitarbeiter erwarten unter anderem die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Sicherheit ihres Arbeitsplatzes und nach einer angemessenen Entlohnung ihrer Tätigkeit. Das Erfüllen dieser Wünsche wird der Geschäftsführung immer wieder erschwert: So müssen in vielen Krankenhäusern als Folge der extern festgelegten Basisfallwert-Reduzierung (zu dem Basisfallwert s. Behrends, S. 79) und der deswegen geringer werdenden Erlöse die Kosten reduziert werden, um Verluste vermeiden zu können.

Immer wieder musste deshalb in der jüngeren Vergangenheit die Geschäftsführung des einen oder anderen Krankenhauses seine Mitarbeiter zu einem Verzicht auf die Befriedigung des einen oder anderen Bedürfnisses zugunsten der Befriedigung anderer Bedürfnisse bewegen. So haben in nicht wenigen Krankenhäusern die Mitarbeiter auf der Grundlage eines zwischen der Geschäftsführung und der Personalvertretung vereinbarten Tarifvertrages über mehrere Jahre hinweg auf Teile ihres Urlaubs- und Weihnachtsgeldes verzichtet (betrifft Bedürfnis nach einer angemessenen Entlohnung ihrer Tätigkeit), um damit zur langfristigen Sicherung ihres Arbeitsplatzes (betrifft Bedürfnis nach Sicherheit des Arbeitsplatzes) beitragen zu können (s. zum Beispiel Vivantes, S. 25).

- Stakeholder verhalten sich nicht nur passiv, indem sie die Berücksichtigung ihrer Anliegen durch die Verantwortungsträger erwarten. Auch versuchen sie, durch eigene Beiträge aktiv oder als Reaktion auf eine Entscheidung in

das Geschehen im Krankenhaus einzugreifen (Ziffer 4 und 5 in Abb. 21). Die Geschäftsführung muss damit rechnen, dass Stakeholder versuchen werden, Entscheidungen proaktiv in ihrem Sinne zu beeinflussen, weil sie

a) mit einer aktuellen Situation nicht einverstanden sind und befürchten, dass die Verantwortungsträger von sich aus nicht tätig werden, und/oder sie
b) die zu erwartenden Folgen der von Verantwortungsträgern zu fällenden Entscheidungen nicht akzeptieren können (Beispiel 7).

Beispiel 7 (s. auch Abb. 23)

Nicht immer sind die Mitarbeiter – wie in Beispiel 6 angenommen – bereit, die Pläne der Geschäftsführung zu akzeptieren, weil weitreichende Wirkungen für die private Lebensführung der Mitarbeiter die Folgen wären. Die Mitarbeiter werden deshalb rechtzeitig versuchen, die von der Geschäftsführung beabsichtigte Reaktion auf eine Veränderung der finanziellen Rahmenbedingungen abzuwenden.

Zu 5. Welche Beziehungen gibt es zwischen den Zielen, die Stakeholder mittels ihrer Anliegen verfolgen?

Die Handlungssituation des Krankenhausmanagements zeichnet sich dadurch aus, dass Veränderungen der Handlungssituation und die in deren Folge zu fällenden Entscheidungen möglicherweise auf jeweils mehrere Stakeholder mit jeweils unterschiedlichen Zielen treffen (s. Abb. 24); die Ziele, die die Stakeholder mit ihren Anliegen verfolgen, können in sehr unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen. Die Verantwortungsträger müssen in die Analyse der Handlungssituation auch diese Frage einbeziehen und gegebenenfalls eine Vor-Entscheidung fällen und damit festlegen, welche Anliegen sie mit welchem Gewicht bei ihren Handlungen berücksichtigen wollen.

Die Ziele sind nicht immer eine feste Größe. Möglicherweise ändern Stakeholder ihre Ziele in Folge einer Entscheidung der Geschäftsführung; so kann es sein, dass sich Stakeholder, die mit ihren Zielen bisher in Konkurrenz zueinander standen, gegen die Geschäftsführung solidarisieren, weil einer der Stakeholder sich als Auswirkung einer unternehmerische Entscheidung als grob benachteiligt wahrnimmt.

Die Identifizierung und Bewertung der verschiedenen Einflüsse und Stakeholder-Anliegen, um sie bei den einschlägigen unternehmerischen Entscheidungen angemessen berücksichtigen zu können, ist deshalb ein höchst komplizierter Prozess.

Praktisch bedeutsam und deshalb für die weitere Untersuchung relevant sind nur a) die Ziel-Antinomie, b) die Ziel-Konkurrenz und c) die Ziel-Komplementarität: a) die Ziele schließen sich gegenseitig aus, b) die Realisierung eines Zieles schränkt die Realisierung eines anderen Zieles ein

Ursache-Wirkungs-Beziehung - allgemein -	Ursache-Wirkungs-Beziehung - Beispiel -
Veränderung externer Einflussfaktoren	Veränderung der finanziellen Rahmenbedingungen
Entscheidung der Geschäftsführung	Reduzierung der Zahl der Stellen und/oder der Tarife
Folgen für den Entscheidungsspielraum der betroffenen Stakeholder	Folgen für die Lebensführung der betroffenen Mitarbeiter

Abb. 23 Wirkung der Einflussfaktoren auf den Entscheidungsspielraum der Stakeholder

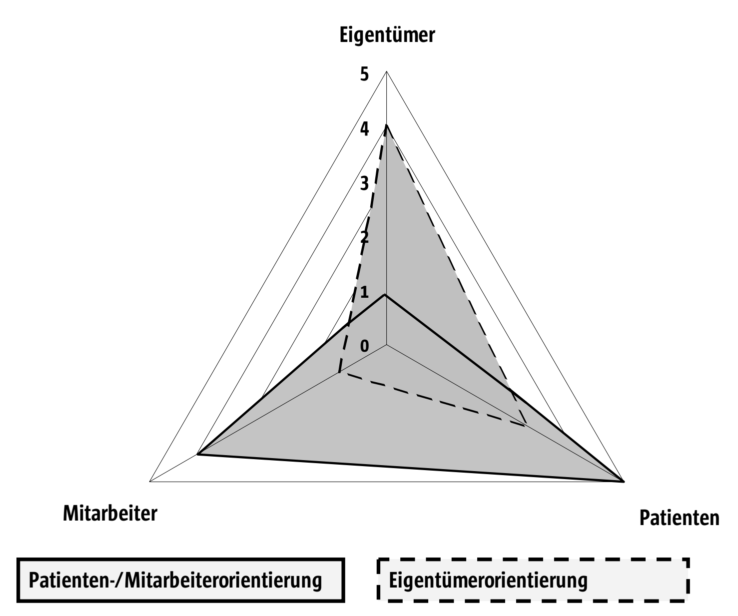


Abb. 24 Unterschiedliche Stakeholder-Interessen-Gewichtungen als Grundlage für unternehmerische Entscheidungen

(s. Beispiel 8 und Teile des Beispiels 9) und c) die Realisierung eines Zieles unterstützt die Realisierung eines anderen (siehe Teile des Beispiels 9).

Beispiel 8 (s. Abb. 24)

Der Krankenhaus-Eigentümer ist neben der Verfolgung auch anderer Ziele an einer angemessenen Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals interessiert. Er erwartet deshalb von der Geschäftsführung, dass diese die Behandlungs- und Supportprozesse so organisiert und/oder dass sie gegebenenfalls die Befriedigung der Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einem auskömmlichen Einkommen einschränkt, um einen möglichst hohen Gewinn der Erlöse über die Kosten realisieren zu können.

Wenn die Geschäftsführung dagegen die Interessen der Patienten und die der Mitarbeiter mit einem höherem Gewicht als die Erwartungen des Krankenhauseigentümers berücksichtigt, muss Letzterer seine Erwartungen nach einer Rendite möglicherweise nach unten korrigieren.

Beispiel 9

Die Geschäftsführung muss akzeptieren, dass sie sich den neuesten medizinischen und technischen Entwicklungen in der Strahlentherapie nicht weiter verschließen kann, und beschließt, eine Abteilung „Strahlentherapie" aufzubauen. Die dafür notwendigen Investitionen binden Finanzmittel auf längere Zeit in erheblichem Umfang.

Bei seiner Entscheidung musste die Geschäftsführung einerseits davon ausgehen, dass das Krankenhaus die für die Finanzierung der beabsichtigten Investitionen erforderlichen Fördermittel wahrscheinlich nicht erhalten wird; es muss deshalb die Finanzierung gegebenenfalls aus eigenen Rücklagen, die mittels des Erwirtschaftens von Gewinnen gebildet werden konnten, oder zu Lasten der Finanzierung anderer Investitionen sicherstellen. Die Geschäftsführung musste andererseits die weiter unten skizzierten Anliegen mehrerer Stakeholder berücksichtigen. Diese Anliegen konkurrieren miteinander, einige ergänzen sich. Nach dem Abwägen der verschiedenen Interessen hat die Geschäftsführung verfügt, einer kleinen Zahl von (potenziellen) Patienten künftig die für sie erforderliche Therapieform anzubieten; die übrigen Stakeholder können erst später mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse rechnen.

Die Bedürfnisse verschiedener Stakeholder und deren Reaktionen auf die Entscheidung der Geschäftsführung im Einzelnen

Auf der Grundlage der Investition kann eine kleinere Zahl von Patienten entsprechend den aktuellen Behandlungsleitlinien therapiert werden – was vorher nicht möglich war –, und es können zusätzlich Patienten für die Aufnahme in das Krankenhaus gewonnen werden. Dem Anliegen

der betroffenen Patienten nach zeitgemäßer Behandlung und dem der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses nach im Bedarfsfall uneingeschränktem Zugang zu einschlägiger Behandlung wird damit ebenso entsprochen wie dem Bedürfnis einer kleineren Gruppe von Mitarbeitern, die in ihrer Rolle als Agenten der von der Investitionsmaßnahme begünstigten Patienten erwarten, diese künftig bestmöglich behandeln zu können.

Für die dringend notwendige Sanierung von Patientenzimmern stehen in den nächsten Jahren Ressourcen nur in begrenztem Umfang zur Verfügung. Das Bedürfnis aller übrigen im Krankenhaus ambulant und stationär zu behandelnden Patienten nach Verbesserung der Unterbringungsqualität kann einstweilen nur eingeschränkt befriedigt werden. Es muss damit gerechnet werden, dass niedergelassene Ärzte Patienten, welche die neue Therapieform nicht benötigen, nicht mehr in das Krankenhaus einweisen.

Der auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen gerichtete Wunsch der Mitarbeiter, die nicht in der neu geschaffenen Abteilung Strahlentherapie tätig sind, kann vorläufig nur in geringerem Umfang erfüllt werden. Die Leistungsbereitschaft dieser Mitarbeiter wird möglicherweise abnehmen – dieses auch deshalb, weil das ihrer Rolle als Agent der Patienten geschuldete Bedürfnis nach bestmöglicher Behandlung der Patienten – dazu gehört auch die Unterbringung – für die Mehrzahl von Patienten vorläufig nur eingeschränkt befriedigt werden kann.

Die Wirkungen der skizzierten Entwicklungen auf das Verhalten der betroffenen Stakeholder werden verstärkt, weil die erforderlichen Fördermittel von den zuständigen Behörden nicht zur Verfügung gestellt werden und die Investition durch die Reduzierung der Betriebskosten – und das bedeutet: durch die Reduzierung vor allem des Personaleinsatzes – finanziert werden muss. Die Befriedigung der Bedürfnisse eines Teils der Patienten kann also verbessert werden – zu Lasten aber jeweils anderer Stakeholder.

Die Mitarbeiter müssen damit rechnen, dass die der Personalbedarfsermittlung zugrunde liegende Produktivität erhöht und von dem einzelnen Mitarbeiter mehr Leistung erwartet wird. Die Zahl der Stellen wird reduziert; einige Mitarbeiter müssen mit dem Verlust ihres Arbeitsplatzes rechnen. Wenn diese Maßnahmen nicht zu dem gewünschten Erfolg führen, werden möglicherweise zusätzlich Entgelt-Kürzungen für die Mitarbeiter vorgenommen.

Die Krankenkassen müssen damit rechnen, dass – weil andere Fallgruppen in das Leistungsprogramm des Krankenhauses aufgenommen werden – dessen Case-Mix-Index (CMI)[32] und damit auch das von den Krankenkassen an das Krankenhaus zu zahlende Entgelt höher werden. Sie werden deshalb – weil sie die finanziellen Interessen aller ihrer Mitglieder vertreten müssen – gegebenenfalls versuchen, die Erweiterung des Therapieangebotes, dessen Nutzen nur einigen ihrer Mitglieder zugutekommt und weil die Therapie schon zu dem Leistungsprogramm anderer Krankenhäuser gehört, zu verhindern.

Der Eigentümer des Krankenhauses erwartet, dass das zusätzliche Behandlungsangebot mittel- und langfristig zu einer höheren Inanspruchnahme und damit zu der effizienteren Nutzung der vorgehaltenen Behandlungskapazitäten und damit zu höheren Gewinnen führen wird. Vorübergehend wird er aber seine Renditeerwartungen nach unten korrigieren müssen. Je nachdem, ob der Eigentümer eine mehr langfristig oder eine eher kurzfristig orientierte Strategie verfolgt, wird er die Pläne der Geschäftsführung unterstützen oder versuchen, diese nicht wirksam werden zu lassen.

4.2 Produktions- und kulturelle Bedingungen der Leitungsarbeit

4.2.1 Einführung und Überblick

Die Produktions- und die kulturellen Bedingungen der Leitungsarbeit in einem Krankenhaus gehören zu den Faktoren, die den Handlungsspielraum des Krankenhausmanagements und damit dessen Möglichkeiten, auf Veränderungen interner und/oder externer Einflussfaktoren im Sinne sozial verantwortlichen Handelns zu reagieren, bestimmen. Dieser Ausschnitt des Beziehungs-Modells (s. Ziffern 1, 2 und 7 in Abb. 21) kann hier – dem zur Verfügung stehenden Platz ist es geschuldet – nicht für alle Arten von Produktions- und kulturellen Bedingungen vollständig thematisiert werden. Zumindest aber anhand eines Beispiels (Näheres s. Kap. 4.2.2, Das Uno-actu-Prinzip) soll der Einfluss dieser Bedingungen auf die Entscheidungsprozesse, die durch Veränderungen interner und/oder externer Einflussfaktoren ausgelöst werden, etwas ausführlicher charakterisiert werden. Ansonsten werden die verschiedenen Bedingungen beschrieben mit Hinweisen einerseits auf Stakeholder-Bedürfnisse, die bei einer vollständigen Analyse der Handlungssituation des Krankenhausmanagements zu berücksichtigen sind, und zum anderen auf eventuelle Einschränkungen der Handlungsspielräume, die von den Bedingungen ausgehen.

Wenn man von Produktion spricht, ist damit im Regelfall ein Prozess gemeint, der aus Aus-

32 Der Case-Mix-Index (CMI) eines Krankenhauses repräsentiert den durchschnittlichen Schweregrad der Erkrankungen der in einem Krankenhaus stationär behandelten Patienten.

gangsmaterialien unter Einsatz diverser Produktionsfaktoren (unter anderem der menschlichen Arbeitskraft) ein Endprodukt erzeugt. In diesem allgemeinen Sinne kann auch die Dienstleistung „Herstellung von Gesundheit" unter den Begriff Produktion subsumiert werden.

Der Transformationsprozess „Produktion" bedarf eines bestimmten Rahmens – unter anderem einer Leitungsstruktur des Unternehmens und der Gestaltung der Entscheidungsprozesse. In einem Krankenhaus kommen zu diesen Produktionsbedingungen allgemeiner Art spezifische Bedingungen hinzu, die sich aus dem Charakter der dort ausgeübten Dienstleistungstätigkeit ergeben. Diese hat nämlich nicht die Bearbeitung der Ausgangsmaterialien zum Inhalt wie die industrielle oder handwerkliche Produktion oder wie die Dienstleistungstätigkeit „Unternehmensberatung", sondern die Beschäftigung mit Menschen (Büssing; Glaser, S. 21). Diese werden auf unterschiedliche Weise, und zwar nicht nur als passiv gestaltbares Objekt, in den Produktionsprozess einbezogen und begründen damit die spezifischen Bedingungen der Produktion „Herstellung von Gesundheit".

Zentrales Element dieser Dienstleistungstätigkeit ist die Interaktion zwischen dem Patienten und den Mitgliedern des therapeutischen Teams. So gesehen, lässt sich der Produktionsprozess in Krankenhäusern anhand der in Tabelle 5 beschriebenen Merkmale kennzeichnen (Büssing; Glaser, S. 21).

Die für die weiteren Überlegungen vor allem relevanten Elemente der Unternehmenskultur sind die den Mitarbeitern gemeinsamen Vorstellungen und Orientierungsmuster. Diese leiten deren Handeln, ohne dass sie im Regelfall darüber nachdenken. Dabei handelt es sich um Annahmen unter anderem über menschliche Wesenszüge, über zwischenmenschliche Beziehungen und über Beziehungen zur Umwelt des Unternehmens (Schreyögg; Dabitz, S. 3ff.). Diese Basisannahmen finden ihren konkreten, für Krankenhäuser typischen Ausdruck in Denk- und Handlungsweisen (s. Tab. 6), die in den folgenden Kapiteln als Grundlage für ihre Berücksichtigung in Entscheidungsprozessen charakterisiert werden.

Die kulturellen Bedingungen für die Leitungsarbeit sind durch die Geschichte des Krankenhauses und durch dessen soziokulturelle Rahmenbedingungen geprägt. Von deren jeweiliger Stärke – nämlich von der Klarheit der Vorstellungen und Orientierungsmuster, von der Anzahl der Mitarbeiter, die den Vorstellungen im Arbeitsalltag zur Wirksamkeit verhelfen, und von der Selbstverständlichkeit, mit der Vorstellungen gelebt werden (Schreyögg; Dabitz, S. 5ff.) – hängt es ab, ob die fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter sowie deren Kreativität und Begeisterungsfähigkeit für die Behandlung der Patienten mobilisiert werden können. Die Stärke kultureller Bedingungen ist bestimmend für die Fähigkeit des Krankenhauses, seine inneren Strukturen zu stärken, und damit für das Schaffen der Voraussetzungen, um auf immer neue Herausforderungen und veränderte Rahmenbedingungen flexibel und sozial verantwortlich reagieren zu können. Von ihr hängt es ab, ob Verbesserungskonzepte begierig aufgenommen und umgesetzt oder ob diese diffamiert und deren Realisierung verhindert werden (Eiff von; Stachel 2007, S. 28).

Tab. 5 Krankenhausspezifische Produktionsbedingungen

Merkmale krankenhausspezifischer Produktionsbedingungen	
Bezeichnung	**Konkretisierung**
Uno-actu-Prinzip (s. Kap. 4.2.2)	der Produzent der Leistung und deren Empfänger sind beim Herstellungsprozess gleichzeitig anwesend
Grenzen der Planbarkeit und Unwägbarkeiten als Merkmale der Pflegearbeit (s. Kap. 4.2.3)	der Pflegeprozess wird unter Berücksichtigung der Reaktionen des Patienten entwickelt – hier wird der Patient als Subjekt gesehen, das passiv auf die von den Mitgliedern des therapeutischen Teams ausgehenden Maßnahmen reagiert
die so genannte Ko-Produktionsthese (s. Kap. 4.2.4)	der Patient wird aufgefordert, den Behandlungsprozess aktiv und verantwortlich mit zu gestalten und zu realisieren – die Rolle des Patienten wird als ebenso wichtig für den Behandlungserfolg gesehen wie die der Mitglieder des therapeutischen Teams

Tab. 6 Elemente einer krankenhausspezifischen Unternehmenskultur

Elemente einer krankenhausspezifischen Unternehmenskultur	
Bezeichnung	**Basisannahmen**
Reserviertheit gegenüber der Leitungs- und Organisationsarbeit (s. Kap. 4.2.5) Autonomie der Leistungsbereiche (s. Kap. 4.2.6) Personenbezogenes Organisationsverständnis (s. Kap. 4.2.7)	Annahmen über die Natur des Menschen
Notwendigkeit, Interprofessionalität zu organisieren (s. Kap. 4.2.8) Informelle Prozesse dominieren (s. Kap. 4.2.9)	Annahmen über die Natur zwischenmenschlicher Beziehungen
Abhängigkeit vom Trägermanagement (s. Kap. 4.2.10)	Annahmen über die Umwelt

4.2.2 Das Uno-actu-Prinzip

Das Konzept

Eine Besonderheit der Leistungserbringung in einem Krankenhaus ist, dass – von verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Supportleistungen (wie z.B. von den Leistungen der Laboratoriumsmedizin, der Reinigung und der Wäscheversorgung) abgesehen – der Produzent der Leistung und deren Empfänger bei der Herstellung von Gesundheit gleichzeitig anwesend sind. Die Herstellung der Leistung und deren Konsumption fallen räumlich und zeitlich zusammen. Der Patient ist nicht nur „Objekt“ ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten, sondern Partner im Behandlungsprozess (Büssing; Glaser, S. 21). Das Bedürfnis der Patienten nach persönlicher Zuwendung durch die Mitglieder des therapeutischen Teams wird befriedigt.

Das Uno-actu-Prinzip hat also nicht nur eine technisch-organisatorische, sondern vor allem auch eine – und diese ist für die Analyse der Handlungssituation des Krankenhausmanagements von zentraler Bedeutung – soziale Dimension. Die Interaktion – auch im Sinne von Kommunikation – zwischen dem Patienten sowie den Ärzten, Pflegekräften und Vertretern anderer Berufsgruppen, die an der Behandlung des Patienten in der skizzierten Weise unmittelbar beteiligt sind, ist die Kernaufgabe der personenbezogenen Dienstleistung „Patientenbehandlung“ (Büssing; Glaser, S. 21).

Die Praxis

Der Zusammenhang (s. Abb. 25) zwischen

- der Veränderung eines externen Einflussfaktors,
- dem Handlungsspielraum der Geschäftsführung, der durch die Art des Umgangs mit dem Uno-actu-Prinzip determiniert ist,
- der Berücksichtigung von Patienten-Bedürfnissen bei Entscheidungen, die durch die Einflussfaktoren-Veränderungen ausgelöst werden, und
- eventuellen Reaktionen der Patienten auf die Entscheidung des Verantwortungsträgers

wird nachfolgend am Beispiel des durch die Weiterentwicklung der Medizin-Technik ausgelösten Entscheidungsprozesses beschrieben (Näheres zu dem technologischen Wandel s. Kap. 4.3.3).

Angesichts der Weiterentwicklung der Medizin-Technik stellt sich der Geschäftsführung immer wieder die Frage, ob in leistungsfähigere Geräte zwecks Verbesserung der Diagnostik und/oder der Therapie investiert werden soll (Ziffer 1). Bei der Beantwortung dieser Frage (Ziffer 2) spielt das Uno-actu-Prinzip (Ziffer 7), wenn es denn auch künftig als Basis zur Befriedigung diverser Patienten-Bedürfnisse (Ziffer 3), unter anderem nach persönlicher Zuwendung und Behandlungssicherheit, praktiziert werden soll, eine zentrale Rolle.

Der Einsatz (tele)medizintechnischer Apparate führt unter anderem dazu, dass „zwischen die mitfühlende Hand des Arztes und den Patienten … ein bildgebendes Gerät“ (Mannebach, S. 185) geschaltet ist. Der Patient wird aus seiner Rolle als Partner des Behandlungsprozesses teilweise entlassen. Der Charakter der Interaktion zwischen dem Patienten und dem Arzt ändert sich. Die Distanz des Arztes zu menschlicher Krankheit – die er zu seinem Schutz schon immer benötigt – wird durch den Einsatz der medizin-technischen Apparate verstärkt (Danzer, S. 168).

Das gilt umso mehr in Hinblick auf ein Versorgungskonzept, das dank der Entwicklung der

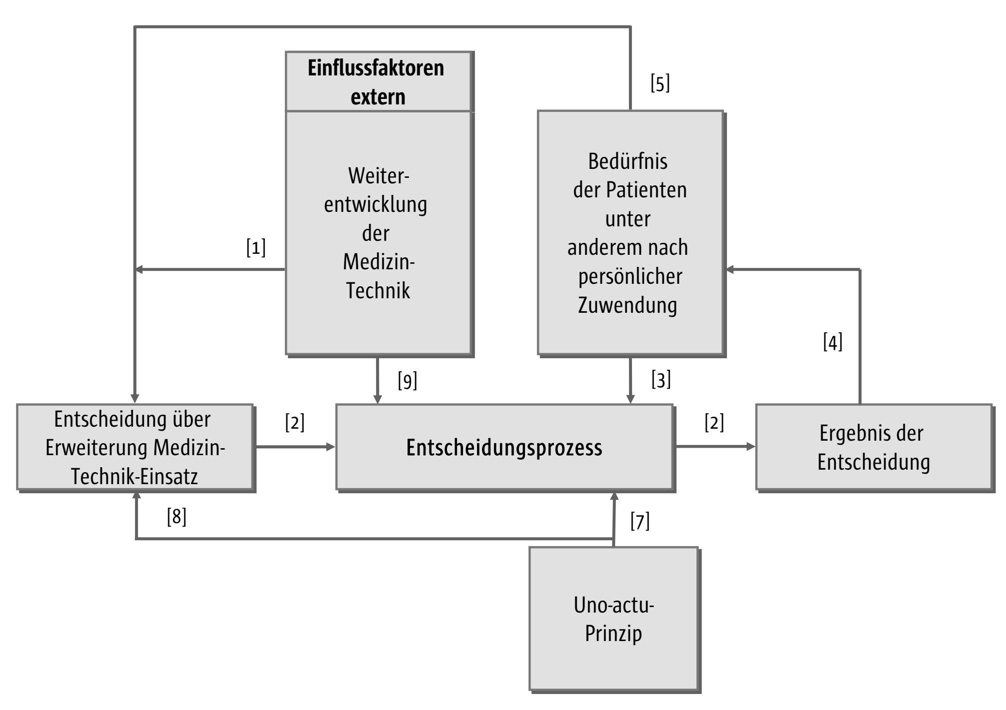


Abb. 25 Diverse Einflussfaktoren und Stakeholder-Anliegen prägen unternehmerische Entscheidungen (s. Abb. 21) – am Beispiel Medizin-Technik und Uno-actu-Prinzip

Telemedizin ermöglicht und unter dem Stichwort „Portalklinik“ bekannt geworden ist. Charakteristisch für dieses Konzept ist, dass kleinere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung eine interdisziplinäre Aufnahmestation mit einer minimalen medizin-technischen Ausstattung vorhalten[33]. Portalkliniken können auf die Beschäftigung von Spezialisten verzichten. Diese stehen vielmehr in einem weiter entfernt verorteten Schwerpunktkrankenhaus zur Verfügung und führen von dort aus für den in die Portalklinik aufgenommenen Patienten – mit Unterstützung der Mitarbeiter der Portalklinik – die Diagnostik durch und legen die erforderliche Therapie fest. Letztere wird – wenn möglich – in der Portalklinik durchgeführt.

Die für die weitere Behandlung so wichtige Interaktion zwischen dem Patienten und dem für die Art der Behandlung ausschlaggebenden Spezialisten findet – wenn überhaupt – ausschließlich mittels Telekommunikation statt. Nur dann, wenn der Patient im Anschluss an die Erst-Untersuchung von der Portalklinik in das Schwerpunktkrankenhaus zwecks weiterer Untersuchungen und/oder anschließender Therapie verlegt wird, kann die für das Erreichen des Behandlungsziels ausschlaggebende Interaktion zwischen dem Patienten und den Mitgliedern des therapeutischen Teams direkt und ohne Einschränkung realisiert werden.

Die Patienten begrüßen einerseits den Einsatz der Medizin-Technik. Sie gewinnen dadurch den Eindruck, mit einem – auch in finanzieller Hinsicht – sehr hohen personellen und technischen Aufwand untersucht und behandelt zu werden. Ihr Bedürfnis nach Wertschätzung (Danzer, S. 166) und Behandlungssicherheit wird befriedigt.

Auf der anderen Seite beklagen die Patienten ihren Objektstatus gegenüber den Apparaten. Sie fühlen sich der Technik ausgeliefert (Halfar, S. 200). Symptome werden auf die Ebene von Maß und Zahl reduziert, personale Aspekte werden aus dem Auge verloren (Danzer, S. 167). Die Patienten vermissen die mitfühlende Hand des Arztes

33 Für Portalkliniken wurden verschiedene Konzepte entwickelt und realisiert, die alle dem Grunde nach ähnlich strukturiert sind und funktionieren wie die hier skizzierte.

und die helfende Hand der Pflegekraft. Die medizin-technischen Geräte werden eher als Barriere zwischen dem Patienten und dem Arzt wahrgenommen. Die Patienten sehen das Grundprinzip einer personenbezogenen Dienstleistung außer Kraft gesetzt. Deren Bedürfnis nach Selbstbestimmung wird nur noch unvollkommen befriedigt. Das Recht auf Autonomie wird eingeschränkt. Der Anspruch der Patienten, als Träger geistig-sittlicher Werte um ihrer selbst willen geachtet zu werden, wird durch die Behandlung als „bloßes Objekt" ersetzt.

Die zuletzt zitierte Skepsis vieler Patienten gegenüber (tele)medizinischer Technologie verweist auf Defizite der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Insofern liegt vielleicht der Schluss nahe, dass der medizin-technische Apparat den Arzt nicht zwingen sollte, das Gespräch mit dem Patienten zu vernachlässigen (Halfar, S. 204). Der medizin-technische Apparat muss auch nicht der Grund dafür sein, dass den von ihrer Grundeinstellung her technik-skeptischen Patienten die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Wertschätzung, Behandlungssicherheit, vor allem nach Selbstbestimmung als Ausdruck der Menschenwürde vorenthalten wird.

Wenn der unter bestimmten Voraussetzungen zum Vorteil des Patienten notwendige Einsatz moderner telemedizinischer Technologie nicht durch spezifische Kommunikations-Leistungen des Arztes unterstützt und damit das Uno-actu-Prinzip aktiviert bleibt, muss trotz der zu erwartenden Zustimmung der Patienten zu dem Einsatz der Medizin-Technik mit deren Unzufriedenheit und damit mit Reputationsverlust für das Krankenhaus gerechnet werden. Die Inanspruchnahme des Krankenhauses könnte abnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Die Charakteristik des Uno-actu-Prinzips schränkt den Handlungsspielraum der Verantwortungsträger in Hinblick auf die Nutzung einer weiter entwickelten telemedizinischer Technologie ein.
- Wenn das Uno-actu-Prinzip wegen der die Behandlungs-Qualität stimulierenden Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess praktiziert werden soll, dann schließt die Geschäftsführung damit einen intensiven Einsatz der Telemedizin aus – es sei denn, sie investiert nicht nur in die Medizin-Technik, sondern auch in die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten der Ärzte und anderer Mitglieder des therapeutischen Teams. Auf diese Weise können die Barrieren, die durch den Einsatz der Medizin-Technik zwischen Patient und Arzt errichtet werden und die das Uno-actu-Prinzip außer Kraft setzen, überwunden werden.
- Insofern nötigt das Uno-actu-Prinzip die Geschäftsführung in Folge der Entscheidung für den Ausbau der Medizin-Technik zur Lösung eines dadurch neu geschaffenen Problems, das durch die Vernachlässigung diverser Patienten-Bedürfnisse bei der Entscheidung für die Medizin-Technik entstanden ist (s. Abb. 21, Ziffern 4 und 5). Die Lösung des Problems besteht in der einschlägigen Weiterbildung der Mitglieder des therapeutischen Teams.

4.2.3 Grenzen der Planbarkeit und Unwägbarkeiten als Merkmale der Pflegearbeit[34]

Das Konzept

Die Personalbedarfsbestimmung anhand von Kennzahlen, die an Produktivitätsüberlegungen orientiert sind, unterstellt zweckrationales Pflege-Handeln. Dieses kommt darin zum Ausdruck, dass (Böhle; Weishaupt, S. 150)

- alle Arbeitsschritte vorab zeitlich und inhaltlich geplant werden,
- die Arbeitsumgebung exakt und objektiv registriert wird, um sie bei der Ausführung der Arbeitsschritte berücksichtigen zu können, gegebenenfalls auch zur Weiterentwicklung der ursprünglichen Planung, und dass
- der Patient als Objekt wahrgenommen wird, zu dem eine möglichst distanzierte Beziehung gepflegt wird.

Dabei wird übersehen, dass Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten zu den bestimmenden Merkmalen der Versorgung und insbesondere der Pflege älterer und alter Patienten gehören (Böhle; Weishaupt, S. 150). Die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der zu Pflegenden werden nicht berücksichtigt; Widerstände der zu Pflegenden werden nicht vermieden. Die Pflegearbeit ist wenig sachgerecht und effizient, weil sie zuweilen

34 Die Pflegearbeit steht hier stellvertretend für andere Teil-Prozesse der medizinischen Behandlung.

auch gegen den Widerstand der zu Pflegenden organisiert und umgesetzt wird.

Als Alternative zu der skizzierten Organisation der Pflegearbeit kommt deshalb „subjektivierendes Arbeitshandeln“ in Betracht (Böhle; Weishaupt, S. 152):

- Auf der Grundlage einer Rahmenplanung wird der Arbeitsablauf der Pflege während der Pflege des Patienten schrittweise entwickelt, und zwar unter Berücksichtigung der Reaktionen des Patienten auf die einzelnen Arbeitsschritte.
- Die Pflege beinhaltet die Offenheit sowohl für ein nicht vollständig vorherseh- und berechenbares Verhalten des Patienten als auch für eine emotionale Beziehung zu diesem als Grundlage für Empathie.

Die Pflegearbeit wird nicht gegen, sondern zusammen mit den zu Pflegenden durchgeführt. Die Qualität und die Effizienz der Pflegearbeit können gesteigert werden. Die Realisierung dieses Konzepts setzt voraus, dass die funktionale Pflege durch ein ganzheitliches Pflegesystem, also die Gruppenpflege ersetzt wird.

Was liegt also näher, als dass die Geschäftsführung angesichts des zunehmenden Alters der Patienten das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns für die Dienstleistung „Pflege“ ausbaut? Die Geschäftsführung entwickelt für die Akteure der Patientenbehandlung die Handlungsspielräume, die ein den skizzierten Besonderheiten der Patientenbehandlung verpflichtetes Agieren ermöglicht. Sie stellt die finanziellen Mittel bereit, die a) für die Vorbereitung der Führungskräfte und Mitarbeiter auf die Wahrnehmung einer anderen Art von Behandlung und insbesondere von Pflege älterer und alter Patienten und b) für die dauerhafte Realisierung des neuen Pflegekonzepts erforderlich sind. Sie schafft c) die Voraussetzungen, um die emotionale Überforderung der Pflegenden, die in Folge der ständigen und sehr großen Nähe zu den Patienten entstehen könnte, möglichst gering ausfallen zu lassen.

Die Ergebnisse erster Untersuchungen (Böhle; Weishaupt, S. 158ff.) zeigen, dass sowohl die Effizienz und die Qualität der Pflege als auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erhöht werden konnten. Andere Untersuchungen (Büssing; Glaser, S. 125) kommen zu etwas anderen Ergebnissen. Dort wird festgestellt, dass die emotionale Überforderung der Pflegenden besonders hoch ist, wenn diese sich nicht zwecks Wahrnehmung anderer Funktionen gelegentlich von „ihren“ Patienten zurückziehen und damit entlasten können.

Was die Steigerung der Effizienz der Pflegearbeit anbelangt, sind die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse also noch wenig valide. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns dazu führen wird, dass die Kosten des Pflegedienstes – zumindest in der Übergangsphase – steigen werden. Die Umstellung von der Funktions- auf die Gruppenpflege, die Berücksichtigung der Befindlichkeit der zu Pflegenden bei der Realisierung der Pflege und die zur Entlastung der Mitarbeiter erforderlichen „Auszeiten“ sind erste Indizien dafür.

Die Praxis

Das Krankenhausmanagement muss damit rechnen, dass die personellen Ressourcen künftig nicht mehr in dem Maße wie bisher zur Verfügung stehen werden; der Grund dafür sind Veränderungen der finanziellen und soziodemografischen Bedingungen der Leitungsarbeit. Die Verteilung der Ressourcen auf Leistungsbereiche und innerhalb der Leistungsbereiche auf Kostenarten, das sind unter anderem auch die Berufsgruppen, muss neu justiert werden. Es wird zu Zielsetzungs- und Verteilungskonflikten kommen. Deren Überwindung kann unterstützt werden, wenn die Geschäftsführung die bisher bevorzugte leistungs- bzw. erlösorientierte durch die qualitätsorientierte Personalbedarfsbestimmung (zu den Verfahren der Personalbedarfsbestimmung s. Naegler et al., S. 93ff.) ersetzt.

Trotz der weniger werdenden personellen Ressourcen beschließt die Geschäftsführung, das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns weiterhin praktizieren zu lassen. Dieses engt allerdings deren Spielraum für Entscheidungen, die zwecks Überwindung der sich abzeichnenden Konflikte gefällt werden müssen, zusätzlich ein. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Bedürfnisse einzelner Stakeholder-Gruppen auf der Basis des Konzepts „subjektivierendes Arbeitshandeln“ weiterhin auf einem hohen Niveau befriedigt werden sollen – wie zum Beispiel die der Patienten –, während die Befriedigung der Bedürfnisse anderer Stakeholder-Gruppen – wie zum Beispiel die der Mitarbeiter-Gruppen, die nicht unmittelbar mit der Pflege der Patienten befasst sind – umso stärker gekürzt werden muss. Bei diesen

Entscheidungen muss mit unter anderem folgenden Reaktionen gerechnet werden.

Stakeholder-Anliegen in Bezug auf die Praxis des subjektivierenden Arbeitshandelns

Entscheidung der Geschäftsführung

Das Konzept „subjektivierendes Arbeitshandeln" wird trotz der Verknappung der zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen weitergeführt.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten
Die überwiegende Zahl der Patienten wird die auf der Basis des subjektivierenden Arbeitshandelns praktizierte andere Art des Umgangs mit ihnen schätzen. Wird doch ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Emanzipation gegenüber dem professionellen Urteil der Mitglieder des therapeutischen Teams (Steinkamp; Gordijn, S. 85), nach gefühlsbetonten Kontakten mit anderen Personen und nach Wertschätzung stärker als bisher befriedigt. Zufriedene Patienten werden dazu beitragen, dass die Reputation des Krankenhauses und damit dessen Inanspruchnahme zunehmen.

Es wird sicher aber auch Patienten geben, die mit der ihnen nun zugeschrieben Rolle – trotz aller Versuche der Pflegenden, ihnen dabei zu helfen, diese neue Rolle zu leben – überfordert sind. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit wird nicht ausreichend befriedigt. Sie stehen der eingeleiteten Entwicklung deshalb eher skeptisch gegenüber.

Mitarbeiter
Die Reaktion der Mitarbeiter wird unterschiedlich ausfallen:

Ärzte (ein Teil von ihnen), Pflegekräfte und die Vertreter anderer Berufsgruppen des therapeutischen Teams werden im Sinne ihrer Agenten-Rolle die Realisierung der Geschäftsführungs-Pläne unterstützen; sie erwarten eine deutliche Verbesserung der Behandlungsqualität. Hinzu kommt, dass auch ihre persönlichen Bedürfnisse nach Sicherheit – im Sinne von Bewältigenkönnen der ihnen als Agent der Patienten übertragenen Aufgaben –, nach gefühlsbetonten Kontakten mit anderen Personen und nach Selbstverwirklichung besser befriedigt werden können.

Die Reputation des Krankenhauses als sozial verantwortlich handelnder Arbeitgeber wird gefördert. Die Fähigkeit des Krankenhauses, auf einem schwieriger werdenden Arbeitsmarkt erfolgreich zu bestehen, wird gestärkt.

Es gibt aber nach wie vor Ärzte, die auf der Grundlage eines weitgehend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin-Studiums alles ausblenden, was außerhalb dieses naturwissenschaftlichen Paradigmas liegt (Schott, S. 258). Sie sehen den Menschen hinter dem zu behandelnden Fall nicht. Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns ist für sie deshalb nicht relevant. Im Gegenteil: Die Realisierung dieses Konzepts steht der Erwartung des Arztes entgegen, dass sich die Sichtweise des Patienten auf seine Krankheit und deren Bedeutung für sein Leben (Steinkamp; Gordijn, S. 85) seinem professionellen Urteil auch weiterhin unterzuordnen habe. Diese Gruppe von Ärzten wird deshalb versuchen, die Realisierung der Geschäftsführungs-Pläne zu verhindern.

Schließlich wird es Mitarbeiter geben, dazu zählen vor allem ältere Pflegekräfte, die das ständige Zusammensein mit den Patienten nicht schätzen werden, weil sie die davon ausgehende emotionale Überforderung fürchten. Sie werden deshalb trotz aller Vorteile, die sie wie die zuerst genannte Gruppe von Mitarbeitern auch sehen, versuchen, die Geschäftsführungs-Pläne nicht wirksam werden zu lassen. Da sie die Möglichkeit dazu wahrscheinlich nicht haben werden, muss mit deren innerer Emigration gerechnet werden.

Mit Widerstand muss auch seitens jener Mitarbeiter gerechnet werden, die von den erwähnten Ressourcen-Verlagerungen unmittelbar oder auch nur mittelbar betroffen sind, weil sie zum Beispiel mit einer Arbeitsverdichtung und damit mit Mehrleistung rechnen müssen.

Eigentümer
Der Eigentümer wird dem Praktizieren des subjektivierenden Arbeitshandelns eher mit Skepsis begegnen. Zwar begrüßt er den mit der Realisierung dieses Pflege-Konzepts zu erwartenden Reputationsgewinn und die daraus wahrscheinlich resultierende Steigerung der Inanspruchnahme sowie die der Erlöse. Auf der anderen Seite ist noch nicht ausgemacht, ob das subjektivierende Arbeitshandeln nicht auch zu Kostensteigerungen führen wird und wie hoch diese ausfallen werden und ob dadurch der Erlöszuwachs nicht mehr als kompensiert wird.

4.2.4 Die so genannte Ko-Produktionsthese

Das Konzept

In der Praxis und in der Literatur stehen sich zwei unterschiedliche Ausrichtungen von Patientenbehandlung gegenüber (Krenn, Folie 3):

1. Die Patientenbehandlung wird als eine spezifische Art von Erwerbsarbeit angesehen. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass ein Objekt bearbeitet wird.
2. Die Patientenbehandlung wird als interaktive Arbeit am Subjekt organisiert.

Die erste Art der Patientenbehandlung setzt bei dem Bemühen um Erhöhung der Behandlungs-Effizienz auf den verstärkten Einsatz der Technik, auf die Standardisierung der Arbeitsabläufe und auf andere Rationalisierungs-Maßnahmen. Als nachteilig wird diese Form der Patientenbehandlung beurteilt, weil die Subjektivität sowohl der Patienten als auch die der Mitglieder des therapeutischen Teams ausgeblendet wird und weil durch Widerstände der Patienten und durch die Förderung der Passivität, Hilflosigkeit und Apathie der Patienten die Behandlungs-Effizienz und -Effektivität leiden.

Die zweite Art der Patientenbehandlung zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient in seiner Doppel-Rolle als sowohl Empfänger der Dienstleistung wie auch als Ko-Produzent den Behandlungsprozess und das Ergebnis der Dienstleistung entscheidend prägt. So gesehen ist der Patient nicht einfach Konsument einer Dienstleistung, die in einer ausschließlich biotechnischen Intervention besteht (Badura 1993, S. 29). Er benötigt nicht nur Hilfe, sondern auch der Interaktion mit dem Behandlungsteam als Grundlage für die Entwicklung des Behandlungsziels, für seine Motivation und für das Erlernen von Kompetenzen, um selbst handeln und das Behandlungsziel erreichen zu können (Büssing; Glaser, S. 133). Diese Interaktion ist von unmittelbarer Bedeutung für den Behandlungserfolg im Sinne von Behandlungsqualität und -effizienz und für die Genesung des Patienten. Die Aufgabe des therapeutischen Teams ist, das Vertrauen des Patienten in die eigene Kraft zu stärken.

Das Uno-actu-Prinzip und das subjektivierende Arbeitshandeln belassen den Patienten weitgehend noch in einer eher passiven Rolle. Es herrscht eine hierarchische Arzt-Patienten-Beziehung vor; der Arzt versucht, den Patienten zu motivieren, seine Empfehlungen möglichst umfassend zu befolgen (= compliance-Konzept). Anders das auf der Ko-Produktionsthese basierende Behandlungskonzept: Von dem Patienten werden Genesungswille und die Bereitschaft, die Entscheidung über die weitere Vorgehensweise gemeinsam mit dem Arzt zu fällen, vorausgesetzt sowie die aktive Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gefordert. Er wird für die Bewältigung seiner Erkrankung verantwortlich gemacht (Badura 1993, S. 29f.). Der Patient muss sich von seiner passiven Konsumentenrolle verabschieden (zu dem Konzept und neueren Forschungsergebnissen der Adherence [= ein anderer Begriff für die Ko-Produktionsthese] siehe Schmacke, Folie 2f. und Härter, Folie 11ff.).

Es muss damit gerechnet werden, dass mancher Patient mit dieser Rolle überfordert sein wird; er wird deshalb das Ko-Produzenten-Konzept nur zögernd annehmen. Es wird aber auch nicht wenige Patienten geben, deren Bedürfnis nach einem sehr viel höheren Maß an Autonomie, nach Selbstbestimmung und Emanzipation gegenüber dem professionellen Urteil der Mitglieder des therapeutischen Teams (Steinkamp; Gordijn, S. 85; Bestmann; Verheyen, S. 20), nach gefühlsbetonten Kontakten mit anderen Personen und nach Wertschätzung auf der Basis dieses Behandlungskonzepts stärker als bisher befriedigt wird. Sie werden feststellen, dass sie mit ihrem aktiven Beitrag zum Gelingen ihrer Behandlung Entscheidendes für die Verbesserung der Behandlungsqualität leisten. So zeigt eine von Janssen-Cilag GmbH veranlasste und im Mai 2010 durchgeführte Befragung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, dass etwa 82% der Befragten es für sehr wichtig halten, in die Planung ihrer Behandlung eingebunden zu werden. Etwa 60% der Befragten sind bereit, mit dem Arzt gemeinsam verbindliche Zielvereinbarungen zu treffen, ihre Behandlung betreffend.

Die Integration des Patienten in diese Art von Behandlungsprozess ist gebunden an spezifische Fähigkeiten von Ärzten, Pflegekräften und Vertretern anderer Berufsgruppen, insbesondere an deren Bereitschaft zur Abkehr von einer berufsständisch orientierten hin zu einer an dem mit dem Patienten vereinbarten Behandlungsziel ausgerichteten Zuordnung von Aufgaben und die Fähigkeit, über die medizinische Intervention i.e.S. hinaus den Patienten im Sinne des neuen Behandlungskonzepts gewissermaßen zu coachen.

Es muss damit gerechnet werden, dass der personelle Aufwand höher sein wird als bei der Realisierung konventioneller Behandlungs-Konzepte.

Die Praxis

Nun ist aber die Organisation Krankenhaus geprägt durch das Neben- und Miteinander unterschiedlicher professioneller Traditionen und Kulturen (Grossmann, S. 305). Das Bestreben der Berufsgruppen nach Arbeitsteilung sowie das Bemühen um fachliche Abgrenzung und das Stärken der eigenen Identität bestimmen den Arbeitsall-

tag. Die Geschäftsführung muss – wenn sie dem auf der Ko-Produktionsthese aufbauenden Behandlungskonzept zur flächendeckenden und dauerhaften Wirksamkeit verhelfen will – deshalb damit rechnen, dass dem die skizzierten kulturellen Bedingungen entgegenstehen.

Damit die Patienten und die Mitarbeiter, die im Sinne ihrer Agenten-Rolle dennoch dem neuen Behandlungskonzept den Vorzug geben möchten, auf die Realisierung der weiter oben skizzierten Vorteile des neuen Behandlungskonzepts nicht verzichten müssen, muss die Geschäftsführung versuchen, ihren Handlungsspielraum im Sinne der Realisierung des durch Ko-Produktionsthese gestützten Behandlungskonzepts zu erweitern. Durch geeignete Integrationsleistungen versucht sie, Interprofessionalität zu organisieren, um dadurch die zu erwartenden Widerstände überwinden zu können

Trotz der zu erwartenden Ressourcen-Verknappung beschließt die Geschäftsführung, das auf der Ko-Produktionsthese aufbauende Behandlungs-Konzept weiterhin praktizieren zu lassen. Dieses engt allerdings deren Spielraum für Entscheidungen, die zwecks Überwindung der sich abzeichnenden Konflikte gefällt werden müssen, zusätzlich ein. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Bedürfnisse einzelner Stakeholder-Gruppen weiterhin auf einem hohen Niveau befriedigt werden sollen – wie zum Beispiel die der Patienten –, während die Befriedigung der Bedürfnisse anderer Stakeholder-Gruppen – wie zum Beispiel die der Mitarbeiter-Gruppen, die nicht unmittelbar mit der Pflege der Patienten befasst sind – umso stärker gekürzt werden muss. Die Geschäftsführung muss deshalb damit rechnen, dass ähnliche Reaktionen ausgelöst werden wie sie im Zusammenhang mit der Umsetzung des Behandlungs-Konzepts „subjektivierendes Arbeitshandeln“ beschrieben wurden.

4.2.5 Reserviertheit gegenüber Leitungs- und Organisationsarbeit[35]

Für den Expertenbetrieb Krankenhaus – andere Expertenbetriebe sind unter anderem Schulen, Hochschulen, Orchester und Theater – ist charakteristisch, dass sich Ärzte, Pflegekräfte und medizin-technisches Personal primär den Inhalten ihrer Arbeit verpflichtet sehen; dazu zählt auch das Entwickeln der Arbeitsbedingungen innerhalb ihres Leistungsbereiches. Das Gestalten der Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen und damit der Organisation des Krankenhauses als Ganzes erwarten sie gewissermaßen als Service des Krankenhauses; die Experten halten derartige Tätigkeiten für Zusatzarbeiten, die sie von ihrer eigentlichen Profession, der Behandlung der Patienten und/oder der Forschung, ablenken. Die notwendige Organisationsarbeit wird deshalb von Stellen der Verwaltung geleistet, was nicht selten zu erheblichen Spannungen zwischen den Vertretern des ärztlich-pflegerischen Dienstes und den Instanzen der Verwaltung führt; die Akzeptanz der Ergebnisse der Organisationsarbeit lässt zu wünschen übrig.

Bei der Besetzung von Leitungspositionen im Ärztlichen Dienst wird immer noch nicht durchgängig Wert auf eine einschlägige Leitungsqualifikation gelegt. Die Chefarztposition wird nicht selten mit einem Arzt besetzt, der vor allem durch seine hervorragenden Fähigkeiten als Chirurg oder als Internist ausgewiesen ist. Entsprechend reserviert sind die leitenden Ärzte gegenüber der Wahrnehmung der Aufgabe als Führungskraft eines Leistungsbereichs mit häufig einer großen Zahl von Mitarbeitern und einem entsprechend umfangreichen Budget. Sie haben Schwierigkeiten zu akzeptieren, dass Führungsleistungen als Interaktion zwischen der Führungskraft und dem Mitarbeiter durch die Führungskraft persönlich erbracht werden müssen und dass die Mobilisierung der Mitarbeiter zur Übernahme von Verantwortung und zu einem Hierarchieebenen, Berufgruppen und Leistungsbereiche übergreifenden Dialog nicht, und schon gar nicht an die Personalabteilung, delegiert werden kann.

Die Geschäftsführung vieler Krankenhäuser ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, den Führungskräften in der zweiten Leitungsebene neben der Verantwortung für die Qualität der Patientenbehandlung auch die für das finanzielle Ergebnis ihres Leistungsbereichs zu übertragen. Das hat dazu geführt, dass das Interesse der Führungskräfte an dem Erwerb bzw. an dem Ausbau der Leitungs- und Organisationskompetenz sowie an deren Umsetzung in praktisches Handeln zugenommen hat. Wichtig wäre nun, dass die Geschäftsführung diesen Wandel unterstützt und mehr in diese Qualifikation ihrer leitenden Mitarbeiter investiert.

35 Die Ausführungen in den Kapiteln 4.2.5 bis 4.2.10 in Anlehnung an Grossmann 1993, S. 304ff.

Diese Weiterentwicklung der Führungskräfte ist notwendig, damit die Geschäftsführung in der ihr nachgeordneten Leitungsebene die Partner hat, die helfen können, Entscheidungen, die in Folge der skizzierten Herausforderungen und der Veränderungen der Rahmenbedingungen – wie zum Beispiel die Umstellung des bisherigen auf ein pauschalierendes Entgeltsystem – gefällt werden müssen, im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung vorzubereiten und umzusetzen, oder die diese Leitungstätigkeit in eigener Verantwortung realisieren.

4.2.6 Autonomie der Leistungsbereiche

Eine Stärke des Krankenhauses und eine Schwäche zugleich ist das Bestreben seiner Leistungsbereiche nach Autonomie, und zwar Autonomie im Sinne einer möglichst geringen Einschränkung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums. Die Leistungsbereiche verfolgen ihre eigenen professionellen Interessen, vor allem was die Verfügbarkeit über Ressourcen anbelangt – und dies nicht selten zu Lasten anderer Organisationseinheiten. Die Akteure konzentrieren sich auf die Lösung bereichsinterner Probleme und vernachlässigen die Verzahnung mit anderen, an der Behandlung „ihrer" Patienten beteiligten Leistungsbereiche (Schaeffer, S. 270). Die medizinischen Leistungsbereiche sind nach außen (= außerhalb des Krankenhauses) orientiert und pflegen intensiv ihre Beziehungen zu Fachkollegen und Institutionen unterschiedlicher Art; sie leisten damit einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Weiterentwicklung ihres Faches und zur Professionalisierung ihrer Mitarbeiter.

Auch in diesem Zusammenhang wird von der Geschäftsführung ein hohes Maß an Integrationsleistung gefordert. Es gilt, die – aus der Sicht der Patienten, aber auch aus der Sicht des Unternehmens insgesamt – „organisierte Unverantwortlichkeit" (Beck, S. 96ff.) mit negativen Folgen für die Qualität und Effizienz der Patientenbehandlung und für die langfristige finanzielle Sicherung des Unternehmens zu überwinden. Dabei steht die Geschäftsführung vor einem nur schwer zu lösenden Dilemma: Auf der einen Seite muss sie dafür sorgen, dass die einzelnen Schritte der Patientenbehandlung, an der im Regelfall mehrere Leistungsbereiche beteiligt sind, besser als bisher aufeinander abgestimmt werden. Um dieses erreichen zu können, wird sie nicht umhin kommen, die Leistungsbereiche zur Kooperation zu verpflichten und damit die Autonomie der Leistungsbereiche einzuschränken. Auf der anderen Seite ist mehr Autonomie ein Zeichen für das Vertrauen, das die Geschäftsführung den Leistungsbereichen entgegenbringt; die Fähigkeit der Mitglieder der Leistungsbereiche, verantwortungsvoll zu handeln, und die Fähigkeit des Krankenhauses, auf die skizzierten Herausforderungen und die Veränderungen der Rahmenbedingungen erfolgreich zu reagieren, werden gestärkt.

Ein Anlass, sich mit der Frage nach dem wünschenswerten Grad der Autonomie der Leistungsbereiche auseinanderzusetzen, ist die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das pauschalierende Entgeltsystem. Diese hat dazu geführt, dass die Krankenhäuser ein großes Interesse daran haben, die Dauer der Behandlung auf das medizinisch notwendige Maß abzukürzen. Der organisatorischen Integration, der Konzentration auf die Wahrnehmung von Aufgaben, die Leistungsbereiche übergreifen, und der Entwicklung der Gesamtorganisation wird jetzt sehr viel mehr Aufmerksamkeit gewidmet.

4.2.7 Personenbezogenes Organisationsverständnis

An der Spitze von Krankenhäusern und vor allem der klinischen Abteilungen standen und stehen noch immer charismatische Persönlichkeiten, deren herausragende individuelle Eigenschaften und Ausstrahlungskraft, verbunden mit einem beachtlichen Motivationseffekt, häufig mit Leitungskompetenz gleichgesetzt werden. Auf diese Persönlichkeiten sind nicht selten die Leitungsstruktur und die Besetzung von Leitungspositionen zugeschnitten. Die Defizite, die in den Kapiteln 4.2.5 und 4.2.6 beschrieben werden, werden durch diese Art von personenbezogenem Organisationsverständnis verstärkt.

Ein professionelles Verständnis für eine mehr an den wahrzunehmenden Aufgaben orientierte Gestaltung der Leitungsstruktur und der Arbeitsabläufe fehlt. Die Führungsarbeit ist durch Elemente eines eher autoritären Führungsstils charakterisiert. Fehler werden vor allem der Führungskraft zugerechnet, was verhindert, dass eine sachorientierte Fehleranalyse durchgeführt wird.

Wenn die das Geschehen im Krankenhaus prägende Persönlichkeit ausscheidet, entsteht ein

Leitungsvakuum, das zu ernstlichen Beeinträchtigungen hinsichtlich der Qualität und der Effizienz der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse führen kann. Es bedarf großer Anstrengungen, bis die strukturellen und organisatorischen Defizite aufgearbeitet worden sind.

Der Handlungsspielraum der Geschäftsführung wird mitunter entscheidend eingeschränkt, weil ihr in der ihr nachgeordneten Leitungsebene die Partner fehlen, deren Unterstützung sie zur Wahrnehmung von Verantwortung benötigt.

4.2.8 Notwendigkeit, Interprofessionalität zu organisieren

Die Organisation Krankenhaus ist geprägt durch das Neben- und Miteinander unterschiedlicher professioneller Traditionen und Kulturen (Grossmann, S. 305). Fachliche Abgrenzung und Arbeitsteilung und notwendige Kooperationen über die Berufsgruppen hinweg sowie ein hohes Maß von Abhängigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen voneinander ist charakteristisch für die Krankenhaus-Routine. Dieser Zustand wird überlagert durch das Bemühen einzelner Berufsgruppen, vor allem aber einzelner ihrer Repräsentanten, um Emanzipation und Identität sowie um die Verankerung in den Leitungsstrukturen. Sehr viel Kraft entgeht dadurch der Wahrnehmung der Kernaufgaben des Krankenhauses.

Um die strukturell bedingten Spannungen überwinden zu können, verlangt Leitungsarbeit in einem Krankenhaus ein hohes Maß an Integrationsleistungen durch die Geschäftsführung, gegebenenfalls auch durch die für das Krankenhaus zuständigen Aufsichtsorgane. Dieser Anforderung gerecht zu werden, wird allerdings in vielen Krankenhäusern derzeit noch dadurch erschwert, dass diese durch ein Kollegialorgan geleitet werden, das im Regelfall mit einem Arzt, einer Krankenpflegekraft und einem Ökonomen besetzt ist und sich hinsichtlich des Realisierens der verlangten Integrationsleistungen selbst im Wege steht und als Vorbild im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung nicht taugt.

Das Kollegialorgan hat den Auftrag, das Krankenhaus gemeinsam zu leiten. Nicht selten werden Entscheidungen aber auch dieses Kollegiums durch die Interessen einzelner Berufsgruppen dominiert. Diese Anliegen werden häufig nicht explizit in den Entscheidungsprozess eingeführt, sodass eine Verständigung im Dialog über die Legitimität und die Gewichtung der verschiedenen Anliegen nicht möglich ist. Eine der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung ist damit außer Kraft gesetzt – im Dialog herauszufinden, welche Stakeholder durch unternehmerische Entscheidungen auf welche Weise betroffen sind, um diese Informationen bei den Entscheidungen berücksichtigen zu können.

Zunehmend werden Führungskonzepte entwickelt, implementiert und gelebt, die dem Bemühen um Abbau der Spannungen zwischen den Berufsgruppen Rechnung tragen:

- Die Führungsorganisation wird im Sinne dezentraler Führung gestaltet.
- Mitarbeiter werden auf der Grundlage einer partizipativen Führung in die Entscheidungsprozesse einbezogen.
- Das Postulat der Individualisierung anstatt kollektiver Regelungen gewinnt an Bedeutung. Damit wird ein Ausgleich zwischen
  - den Interessen der Vertreter verschiedener Berufsgruppen – vor allem der Ärzte und der Pflegekräfte – nach jeweils möglichst hoher Gewichtung berufsspezifischer Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen und
  - den Anliegen jener Leitungskräfte, die bei der Leitung einzelner Leistungsbereiche und/oder des Krankenhauses die Integration der unterschiedlichen professionellen Interessen bevorzugen,

  möglich.

4.2.9 Informelle Prozesse dominieren

Jedes multipersonal und arbeitsteilig organisierte Unternehmen benötigt Normen, in denen festgelegt ist, wer welche Aufgaben zu erfüllen, wer welche betriebliche Leitungsentscheidungen nach welchen Regeln zu fällen und wer das Ergebnis der Entscheidung umzusetzen hat. In einer Parallelwelt zu dieser formalen Ordnung gibt es informelle Prozesse. Auch in dieser Welt werden Entscheidungen gefällt und umgesetzt, die allerdings im Regelfall durch nichts legitimiert sind und die einen Beitrag zu der gezielten Weiterentwicklung des Unternehmens nur in Ausnahmefällen und die formellen Prozesse eher nur unterstützend leisten können.

Informelle Prozesse können eine Stärke der Organisation sein, sie sind immer auch deren Schwäche:

- Informelle Prozesse können einerseits zur Funktionsfähigkeit der Organisation beitragen. Sie werden zur Vorbereitung von Entscheidungen genutzt, um die bei der Entscheidung zu berücksichtigenden Anliegen der verschiedenen Stakeholder identifizieren, bewerten und berücksichtigen zu können, um sich über die Umsetzungsbedingungen zu informieren und um die Akzeptanz der Umsetzung des Entscheidungsergebnisses sichern zu können. Der Handlungsspielraum der Verantwortungsträger kann dadurch erweitert werden. Der Beitrag informeller Prozesse zur Funktionsfähigkeit der Organisation ist allerdings im Regelfall ein eingeschränkter. Nicht selten erfolgt die Analyse der zu berücksichtigenden Stakeholder-Interessen eher selektiv; es werden die Anliegen möglicherweise nur der Stakeholder in dem Entscheidungsprozess berücksichtigt, die sich der besonderen Gunst des Entscheidungsträgers erfreuen. Die anhand der Analyse erhobenen Informationen werden nicht immer explizit in einen Entscheidungsprozess eingeführt.
- Zum anderen werden die im Rahmen der formalen Ordnung getroffenen Entscheidungen auf der informellen Ebene unterlaufen – nicht selten, weil Stakeholder-Interessen nicht im Sinne jener als legitim ausgewiesenen Stakeholder berücksichtigt worden sind. Immer wieder wird auf der informellen Ebene im Widerspruch zu der Entscheidung, die durch die formell dazu befugte Instanz getroffen wurde, versucht, das, was ein einzelner Stakeholder will, durchzusetzen und anderen aufzuoktroyieren. Intransparenz des Leitungsgeschehens und dadurch entstehende Gerüchte begünstigen diese Entwicklungen. Insofern stützen informelle Prozesse die Verstärkung der Schwerfälligkeit sozialer Systeme und erschweren die gezielte Weiterentwicklung und Anpassung des Krankenhauses an neue Herausforderungen und sich ändernde Rahmenbedingungen.

Die Dominanz informeller Prozesse trägt dazu bei, dass eine Reihe von Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung (s. Kap. 6.2) nicht realisiert wird – mit den schon skizzierten Folgen. Vor allem besteht die Gefahr, dass nur die Bedürfnisse ausgewählter und nicht aller als legitim charakterisierter Stakeholder berücksichtigt werden. Entscheidungen werden nur ausnahmsweise auf der Basis einer argumentativen, dialogischen Verständigung gefällt. Der Pflicht, das Ergebnis einer Entscheidung zu begründen, kommt man vielfach nicht nach.

Informelle Prozesse wird man nicht gänzlich unterdrücken können. Die Geschäftsführung ist aber aufgerufen, Maßnahmen für das Schaffen einer inneren Struktur des Krankenhauses als Basis für verantwortliches Handeln, für die institutionelle Verankerung des Managements der sozialen Verantwortung in der Krankenhausorganisation (Einzelheiten dazu s. Kap. 7) zu planen und umzusetzen, um die Wirkungen informeller Prozesse auf den eher unterstützenden Teil zu begrenzen.

4.2.10 Abhängigkeit vom Trägermanagement

Die Verteilung der Leitungs-Kompetenzen auf Instanzen des Krankenhaus-Trägers einerseits und auf die der Geschäftsführung auf der anderen Seite ist oft unscharf. Fehlentwicklungen sozialer und/oder ökonomischer Art können jeweils der anderen Seite zugeordnet werden. Sachfremde Argumente beeinflussen häufig selbst die Entscheidungen auf der operativen Ebene.

Entscheidend aber für die Schwäche einer solchen Organisation ist, dass der skizzierte Zustand – und das gilt vor allem für nicht wenige Krankenhäuser in öffentlicher und in frei-gemeinnütziger Trägerschaft – über Jahrzehnte hinweg akzeptiert worden ist. Das Krankenhaus hat vielfach nicht die Chance gehabt, sich zu emanzipieren und zu einer lernenden Organisation zu entwickeln. Es kann die immer wieder neuen Herausforderungen und die sich ändernden Rahmenbedingungen nicht erfolgreich bewältigen und ist dem Wettbewerb nicht mehr gewachsen. Es dauert dann nicht mehr lange, dass – was vor allem im öffentlichen Bereich zu beobachten ist – das Krankenhaus fallen gelassen wird.

Die Verantwortlichen beim Krankenhausträger verunmöglichen auf diese Weise die Befriedigung einer ganzen Reihe von Stakeholder-Anliegen:

- Der Handlungsspielraum der Geschäftsführung und anderer Verantwortungsträger im Krankenhaus und damit das Wahrnehmen von Verantwortung werden eingeschränkt.
- Das Bedürfnis der Geschäftsführung nach Selbstverwirklichung, Selbstentfaltung und Eigenständigkeit, nach partizipativer Füh-

rung durch die vorgesetzte Instanz beim Krankenhausträger wird nicht befriedigt.
- Das gilt auch hinsichtlich der Interessen der Mitarbeiter. Wenn das Trägermanagement nicht nur die strategischen, sondern auch operative Entscheidungen fällt, wird damit nicht nur der Handlungsspielraum der leitenden, sondern auch jener der nachgeordneten Mitarbeiter mehr oder weniger deutlich eingeengt. Die Bereitschaft zu besonderen Anstrengungen kann damit nicht beflügelt werden. Bedürfnisse vieler Stakeholder können bei unternehmerischen Entscheidungen nicht berücksichtigt werden, weil die Entscheidungsträger diese Bedürfnisse nicht kennen.
- Das Trägermanagement riskiert mit seinem Verhalten, dass das Krankenhaus entweder verkauft werden muss oder vom Markt verschwindet mit unkalkulierbaren Folgen unter anderem für
  - die Menschen im Einzugsbereich des Krankenhauses, die im Bedarfsfall die schnelle medizinische Hilfe in ihrer Nachbarschaft nicht mehr finden,
  - die Mitarbeiter, die ihren Arbeitsplatz verlieren mit Konsequenzen für ihre private Lebensführung, und
  - die Lieferanten in der Nachbarschaft des Krankenhauses, die Umsatzeinbußen hinnehmen und gegebenenfalls Arbeitsplätze abbauen müssen.

Eine derartige Entwicklung kann nur dann vermieden werden, wenn auch der Krankenhaus-Träger zu einem Paradigmen-Wechsel bereit ist und verantwortliches Handeln im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung auf allen Leitungs-Ebenen und von allen Mitarbeitern sowohl in den Instanzen des Krankenhaus-Trägers, soweit sie dort für das Krankenhaus verantwortlich sind, als auch im Krankenhaus einfordert und ermöglicht.

4.3 Herausforderungen für die Geschäftsführung

4.3.1 Überblick

Die Herausforderungen, mit denen sich die Geschäftsführung eines Krankenhauses immer wieder konfrontiert sieht, sind in der Tabelle 7 im Überblick und nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt.

Tab. 7 Herausforderungen für die Geschäftsführung

Die Leitungsarbeit treibenden Faktoren
Veränderungen der Inzidenz und der Prävalenz von Krankheiten (s. Kap. 4.3.2),
Weiterentwicklung der Medizin-Technik und der Informations- und Kommunikationstechnologie (s. Kap. 4.3.3),
Veränderungen in der Organisation des Gesundheitssystems und der Leistungserbringer (s. Kap. 4.3.4),
Veränderungen des in dem Krankenhaus gelebten Wertesystems (s. Kap. 4.3.5) sowie
Veränderungen der Struktur des Krankenhaus-„Marktes“ (s. Kap. 4.3.6).

4.3.2 Veränderungen der Inzidenz und der Prävalenz von Krankheiten

In den letzten Jahren konnte beobachtet werden, dass sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz – die Prävalenz ist das Produkt aus Inzidenz, also aus der Zahl der neu aufgetretenen Krankheitsfälle, und der durchschnittlichen Krankheitsdauer (Niehoff, S. 36) – bestimmter Krankheiten zugenommen haben; zu diesen Krankheiten zählen zum Beispiel der Diabetes oder die Erkrankung an AIDS. Dagegen hat die Zahl der Neuerkrankungen zum Beispiel bei Schlaganfällen abgenommen. Die Geschäftsführung muss sich darauf einstellen, das Leistungsprogramm der sich gegebenenfalls ändernden Nachfrage anzupassen. Sie muss in neue Behandlungskapazitäten investieren und/oder andere Behandlungskapazitäten reduzieren. Dabei sollten die im Folgenden dargestellten Stakeholder-Anliegen berücksichtigt werden. Es muss mit den dort skizzierten Reaktionen gerechnet werden.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen der Inzidenz und Prävalenz

Entscheidung der Geschäftsführung

Das Leistungsangebot sowie die dafür notwendigen Behandlungskapazitäten werden der sich ändernden Nachfrage angepasst.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten
Die Veränderungen der Inzidenz und der Prävalenz von Krankheiten und die dadurch ausgelösten Veränderungen

der Behandlungskapazitäten werden von den Patienten, die bereits in die stationäre Behandlung aufgenommen worden sind, – anders als von den einweisenden Ärzten und der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses – nicht wahrgenommen. Deren Bedürfnis nach angemessener Behandlung wird nicht tangiert. Sie werden sich zu den Plänen der Geschäftsführung deshalb nicht äußern.

Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und niedergelassene Ärzte

Spätestens dann, wenn ein Mensch mit Verdacht auf Behandlungsbedürftigkeit nicht zeitgerecht in die stationäre Behandlung in dem von ihm präferierten Krankenhaus aufgenommen werden kann, weil einschlägige Behandlungskapazitäten fehlen, wird das Verlangen nach Erweiterung der Behandlungskapazitäten sowohl von der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses wie auch von den niedergelassenen Ärzten, die mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten, artikuliert.

Wenn die Geschäftsführung plant, nicht mehr erforderliche Kapazitäten zu reduzieren, muss sie mit erheblichen Widerständen durch die Bevölkerung im Einzugsbereich und durch die niedergelassenen Ärzte rechnen; die Einwohner im Einzugsbereich befürchten, künftig im Bedarfsfall nicht mehr zeitgerecht aufgenommen werden zu können. Diese Widerstände sind im Regelfall mit einer asymmetrischen Informationsverteilung begründet. Sie können durch die sach- und zeitgerechte Information der vermeintlich Betroffenen vermieden oder überwunden werden.

Mitarbeiter

In der Folge von Kapazitätsanpassungen wird die Zahl der Stellen für Mitarbeiter neu festgelegt. In der Praxis bedeutet dieses nicht selten, dass bei einer Reduzierung der Behandlungskapazitäten die Zahl der Stellen für Mitarbeiter proportional zu der Veränderung der Kapazitäten angepasst werden; hingegen versucht die Geschäftsführung bei notwendigen Erweiterung der Kapazitäten, die Zahl der Stellen unterproportional aufzustocken.

Die Mitarbeiter befürchten, dass ihr Bedürfnis nach Sicherheit nicht mehr in ausreichendem Maße befriedigt werden wird: Sie sind um die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes und um die Höhe ihres Entgeltes ebenso besorgt wie um die Bewältigung zusätzlicher Belastungen – inhaltlicher und/oder zeitlicher Art –, von denen sie nicht wissen, ob sie diesen gewachsen sein werden. Die Mitarbeiter werden deshalb beide Arten von Veränderungen nur bedingt akzeptieren; es muss mit einer spürbaren Demotivation und als Folge davon mit Leistungseinschränkungen gerechnet werden.

Die im Krankenhaus angestellten Ärzte werden vielleicht etwas anders reagieren. Einerseits befürchten sie die Folgen der Kapazitätsänderungen wie alle anderen Mitarbeiter auch. Für Ärzte in der Weiterbildung kommt hinzu, dass diese bei dem Wegfall bestimmter Krankheitsarten ihre Weiterbildung möglicherweise nur in einem anderen Krankenhaus vervollständigen können. Wird das Leistungsspektrum des Krankenhauses dagegen um neue Krankheitsarten ergänzt, dann wird die Haltung der Ärzte eher durch die Neugierde auf die Behandlung dieser neuen Krankheitsarten geleitet.

Führungskräfte

Die Führungskräfte begrüßen einerseits die Erweiterung von Behandlungskapazitäten, wenn neue Krankheitsbilder in das Leistungsprogramm des Krankenhauses aufgenommen werden. Als Agenten ihrer Mitarbeiter werden sie aber wie diese wegen der Folgen der Kapazitätsveränderungen diese eher nur bedingt akzeptieren.

Eine der Aufgaben der Führungskräfte ist, die zu erwartende Demotivation ihrer Mitarbeiter durch geeignete Führungsleistungen zu überwinden. Die Führungskräfte sind nicht sicher, ob sie dieser Herausforderung gerecht werden können und stehen auch deshalb den Kapazitätsanpassungen eher reserviert gegenüber.

Krankenkassen

Damit ihren Versicherten ausreichende Behandlungskapazitäten mit einem befriedigenden Preis-Leistungs-Verhältnis angeboten werden können, unterstützen die Krankenkassen die erforderlichen Kapazitätsanpassungen – einerseits. Andererseits fürchten sie die durch die Erweiterung des Leistungsprogramms möglicherweise zusätzlich entstehenden Kosten; sie werden deshalb an den Nachweis der Notwendigkeit der Kapazitätsanpassungen besonders hohe Anforderungen stellen[36].

Eigentümer

Der Eigentümer ist einerseits daran interessiert, der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses den uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen anbieten zu können. Auf der anderen Seite erwartet er zum Zwecke der Vermeidung von Effizienzdefiziten den Abbau überflüssiger Kapazitäten. Er wird deshalb die Pläne der Geschäftsführung zwecks Anpassung der Behandlungskapazitäten an die sich ändernden Anforderungen unterstützen.

36 Siehe zum Beispiel den Brief der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Berlin an den Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in Berlin vom 9. Februar 2009 zu der Fortschreibung der Krankenhausplanung 2010.

4.3.3 Technologischer Wandel

Immer leistungsfähigere medizintechnische Geräte sowie informations- und kommunikationstechnische Systeme ermöglichen eine präzisere und schnellere Diagnostik und einen größeren therapeutischen Nutzen, und dies vor allem auch für immer ältere und alte Patienten. Diese Entwicklung verlangt von den Krankenhäusern eine Entscheidung darüber, ob und in welchem Umfang sie sich dieser Entwicklung durch entsprechende Investitionen anschließen und sie sogar fördern wollen. Die Alternative ist, auf die Entwicklung eigener High-Tech-Leistungsbereiche zu verzichten und gewisse medizin-technische Leistungen, die nur mit einem sehr hohen technischen Aufwand realisiert werden können – wie zum Beispiel die diagnostischen Leistungen bildgebender Verfahren –, von den dafür spezialisierten Krankenhäusern – mit gegebenenfalls geringeren Kosten – einzukaufen.

Die modernen Informations- und Kommunikationssysteme ermöglichen den effizienten und bequemen Austausch großer Mengen an Daten sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch zwischen dem Krankenhaus und anderen Anbietern medizinischer Leistungen (niedergelassene Ärzte, Rehabilitationskliniken, Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege und andere). Deren Bedeutung wird in Zukunft noch steigen, weil angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin die Zahl der Personen/Institutionen zunehmen wird, die an der Patientenbehandlung beteiligt sind und zwischen denen behandlungsrelevante Daten als Voraussetzung für eine sichere Behandlung auf hohem qualitativen Niveau ausgetauscht werden müssen.

Mittels der modernen Informations- und Kommunikationssysteme werden nicht nur die Patientenbehandlung innerhalb des Krankenhauses und die Weiterbehandlung durch andere Leistungsanbieter sowie die Managementprozesse nachhaltig unterstützt (Beispiel 1); Effektivität, Sicherheit und Effizienz werden kontinuierlich gesteigert (Beispiel 2). Sie sind eine Voraussetzung für die Realisierung sektorübergreifender Organisationsformen der Patientenbehandlung (wie zum Beispiel Integrierte Versorgung nach § 140a–d Sozialgesetzbuch (SGB) V).

Die Transparenz der Behandlungs-, Service- und Betriebsführungsprozesse wird verbessert mit der Folge, dass Entscheidungen und/oder Handlungen der Geschäftsführung und/oder der Instanzen, die dieser nachgeordnet sind, sehr viel leichter – vor allem auch von den Betroffenen – verfolgt werden können. Die Geschäftsführung und ihre Mitarbeiter müssen damit rechnen, dass sie unter ständiger Beobachtung stehen (Suchanek; Lin-Hi, S. 5).

Beispiel 1

In einer Elektronischen Patientenakte (EPA) werden alle die Krankheits- und Behandlungsverläufe eines Patienten betreffenden Daten (Befunddaten, Diagnosen, Behandlungsverlauf, Behandlungsergebnis, zugehörige Korrespondenz) gespeichert. Die sofortige Verfügbarkeit aller relevanten Behandlungsdaten macht es möglich, im Falle einer erneuten Behandlung oder der Weiterbehandlung durch einen anderen Medizinbetrieb die Anamnesezeit zu verkürzen, die Therapieentscheidung auf eine bessere Informationsbasis zu stützen und Doppeluntersuchungen gegebenenfalls zu vermeiden.

Die Qualität aller in der EPA archivierten Behandlungen kann bei jedem erneuten Einsatz von den dann behandelnden Experten beurteilt werden.

Beispiel 2

Auf der Grundlage des § 1 Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) liefern die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die durch sie verursachten Kosten, die Zahl der Krankenhauspatienten und die Art ihrer Erkrankungen, differenziert nach diversen Kriterien, den zuständigen Statistischen Landesämtern; ferner übermitteln sie eine Vielzahl von Merkmalen, anhand derer der Medizinbetrieb charakterisiert werden kann.

Damit sind die Statistischen Landesämter in der Lage, die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringung in den Medizinbetrieben zu beurteilen – wenn auch die Ergebnisse dieser Analysen mit gewissen Vorbehalten gesehen werden müssen. Die Statistischen Landesämter können den Krankenhäusern wichtige Informationen liefern, die diese – mit gewissen Einschränkungen – für die Weiterentwicklung der Qualität und Effizienz der Patientenbehandlung verwenden.

Der Spielraum für Entscheidung der Geschäftsführung, die Medizin-Technik sowie die Informations- und Kommunikationstechnologie betreffend, wird unter anderem von folgenden Stakeholder-Anliegen bestimmt:

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf den technologischen Wandel

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, in die Modernisierung der Medizin-Technik und in den Ausbau der vorhandenen Informations- und Kommunikationssysteme zu investieren. Dieses schließt das Schaffen der Nutzung einer Elektronischen Patientenakte (EPA) und das Einbinden der niedergelassenen Ärzte in das Intranet des Krankenhauses ein.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten
Patienten haben einerseits ein großes Interesse daran, dass sie auf der Grundlage der neuesten Erkenntnisse der Medizin und unter Verwendung neuester Entwicklungen der Medizin-Technik behandelt werden. Auf der anderen Seite wird der Einsatz der Medizintechnik nicht uneingeschränkt gut geheißen. Die medizin-technischen Geräte werden eher als Barriere zwischen dem Patienten und dem Arzt sowie der Pflegekraft wahrgenommen; die Patienten vermissen unter bestimmten Voraussetzungen die mitfühlende Hand des Arztes und die helfende Hand der Pflegekraft (s. Kap. 4.2.2, Praxis). Insofern werden die Patienten nicht einheitlich mit ihrer Nachfrage nach medizinischen Leistungen eines Krankenhauses positiv auf die Erweiterung der medizin-technischen Ausstattung in diesem reagieren.

Mit der Verbesserung des Informationsaustausches innerhalb des Krankenhauses erhoffen sich die Patienten die weitere Steigerung der Sicherheit, der Qualität und der Effizienz der Behandlung sowie die Straffung der Arbeitsabläufe, sodass ihre Verweildauer im Krankenhaus ausschließlich durch die Art ihrer Erkrankung und deren Behandlung sowie unter Berücksichtigung ihrer Gesamtkonstitution, nicht aber zusätzlich durch organisatorische Aspekte bestimmt wird. Bei der Entscheidung, welches Krankenhaus die Patienten im Bedarfsfall aufsuchen werden, spielen diese Kriterien eine entscheidende Rolle.

Die Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Medizinbetrieben durch die Einführung der EPA wird von den Patienten unterschiedlich beurteilt:

- Einerseits wird die Weitergabe von Behandlungsdaten von einem Medizinbetrieb zu einem anderen mittels der EPA von den Patienten begrüßt. Sie verbinden damit die Hoffnung, dass die Qualität der Behandlung und vor allem die Behandlungssicherheit für den Fall, dass sie nach der stationären Behandlung ambulant durch den Hausarzt, in einer Rehabilitationsklinik oder einem anderen Medizinbetrieb weiter behandelt werden müssen, weiter verbessert werden. Der Medizinbetrieb, der nicht auf die flächendeckende Einführung der EPA wartet, sondern diese für sein Unternehmen anbietet, verschafft sich – bei positiver Beurteilung durch die Patienten – einen Wettbewerbsvorteil und bindet Patienten an sein Unternehmen[37].
- Die EPA wird aber nicht nur positiv beurteilt. Es wird befürchtet, dass die dort gesammelten Daten auch für andere Zwecke verwendet werden (können).

Insofern ist noch offen, wie die Patienten auf die Einführung der EPA reagieren werden – ob sie darin eher die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach weiter verbesserter Behandlungsqualität sehen oder ob die erwähnten Befürchtungen die Oberhand behalten werden.

Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses
Die Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses wird eine Entscheidung der Geschäftsführung für die Modernisierung der technischen Ausstattung begrüßen. Sie geht davon aus, dass die Behandlungsqualität – und damit ist auch gemeint, dass eventuell zusätzliche Diagnose- und Therapieformen in der Nähe ihrer Wohnung angeboten werden – weiter zunehmen wird. Wenn das Krankenhaus in ihrer Nachbarschaft mittels telemedizinischer Systeme an ein Zentral-Krankenhaus angebunden wird und auf diese Weise zumindest die Diagnose einer Erkrankung vor Ort unterstützt werden kann, wird das als großer Zuwachs an Behandlungssicherheit und -qualität begrüßt (eventuelle Nachteile werden erst als Patient wahrgenommen).

Hinsichtlich der Weiterentwicklung des Informationsaustausches zwischen den Medizinbetrieben werden die Menschen im Einzugsbereich des Krankenhauses ähnlich reagieren wie die Patienten.

Niedergelassene Ärzte
Die niedergelassenen Ärzte vertreten zwei sehr unterschiedliche Positionen:

- Im Interesse ihrer Patienten fordern die einweisenden Ärzte die Anpassung der medizin-technischen Ausrüstung an den neusten Stand der Medizin-Technik.
  Sie fordern aus guten Gründen die rasche Übermittlung aller Behandlungsdaten für die von ihnen in ein Krankenhaus eingewiesenen Patienten. Im Zusammenhang mit der Entscheidung, in welches Krankenhaus die niedergelassenen Ärzte ihre Patienten einweisen, spielt die Befriedigung dieses Bedürfnisses eine entscheidende Rolle.

37 Die RHÖN-KLINIKUM AG vernetzt ihre 46 Kliniken mit Hilfe einer webbasierten EPA (WebEPA). Damit sollen in Zukunft die konzernweit jährlich mehr als 1 Million behandelten Patienten von nachweislich höherer Versorgungsqualität profitieren (siehe die gemeinsame Presseinformation – RHÖN-KLINIKUM AG und Siemens AG Medical Solutions – vom 18. September 2007).

- Die Einführung der EPA wird von ihnen dagegen seit Jahren blockiert (Germis, o.S.). Über die Gründe für dieses Verhalten kann man derzeit nur spekulieren. Einer der Gründe dürfte jedoch der sein, dass die Ärzte durch den Austausch aller patientenrelevanten Daten mit anderen Leistungserbringern nicht ständig unter Beobachtung stehen und nicht kontrolliert werden wollen.

Mitarbeiter

Mitarbeiter (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Vertreter anderer Berufsgruppen) sind von der Erweiterung des Technikeinsatzes unterschiedlich betroffen:

- In ihrer Rolle als Agent der Patienten erwarten sie die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach weiterer Verbesserung der Behandlungsqualität, vor allem wegen des einfacheren Zugriffs auf die für einen Behandlungsfall relevanten Informationen. Als Wissenschaftlicher begrüßen sie eine weitere Erleichterung des Zugangs zu forschungsrelevanten Informationen.
- Das Beherrschen komplizierter medizin-technischer Verfahren setzt besondere Fähigkeiten voraus. Die Aufgabenträger genießen deshalb ein besonders hohes Maß an Prestige. Ihr Bedürfnis nach Anerkennung, Aufmerksamkeit und Status, aber auch nach Selbstvertrauen, Können und Wissen werden in besonderem Maße befriedigt. Insofern kann die Geschäftsführung mit der Unterstützung ihrer Pläne durch eine größere Zahl von Mitarbeitern rechnen.
- Die Mitarbeiter müssen sich andererseits auf
  - andere Arbeitsabläufe,
  - neue Anforderungen, die sich aus dem Einsatz der Technik ergeben,
  - die Bewältigung der Folgen, die aus der Weiterentwicklung der Medizin-Technik und der dadurch nicht selten ausgelösten Zunahme der Spezialisierung resultieren – wie zum Beispiel die Einschränkung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums, die Einschränkung der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie die Zunahme der Monotonie der auszuführenden Tätigkeiten –, sowie auf
  - die Bewältigung neuer Schnittstellenprobleme

  einstellen.
- Hinzu kommt, dass – wenn die Verfügbarkeit über eine größere Menge an Daten nicht zu Entscheidungsunsicherheiten führen soll – die mit Entscheidungsbefugnis ausgestatteten Mitarbeiter festlegen müssen, mit welchen entscheidungsrelevanten Daten sie versorgt werden wollen; erfahrungsgemäß sind dazu nicht alle Mitarbeiter im Stande.

  Die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Sicherheit (= nach Bewältigenkönnen der sich möglicherweise ändernden Anforderungen), nach Zugehörigkeit (= nach gefühlsbetonten Kontakten mit anderen Personen und nach einem akzeptierten Platz innerhalb einer Gruppe) (Scholz, S. 878) werden möglicherweise nicht in dem Maße befriedigt, wie es die Mitarbeiter vor der Erweiterung des Technikeinsatzes gewohnt waren. Sie befürchten, ständig beobachtet und kontrolliert zu werden.
- Wenn das Krankenhaus die Rolle als „Technologie-Führer" anstrebt, sind davon Mitarbeiter – vor allem Ärzte – mit weiteren, bisher noch nicht erwähnten und unterschiedlichen Bedürfnissen betroffen. Die einen engagieren sich vor allem für die Entwicklung und Implementierung neuer medizin-technischer Geräte und der darauf aufbauenden Behandlungsmethoden. Für die andere Gruppe von Mitarbeitern steht die situativ, stark emotional geprägte Interaktion zwischen den Mitgliedern des therapeutischen Teams und den Patienten im Mittelpunkt ihres Handelns (Naegler et al. 2008, S. 7); die medizin-technischen Geräte werden dabei eher als Barriere zwischen dem Patienten und dem Arzt wahrgenommen.

Die Geschäftsführung muss deshalb damit rechnen, dass Veränderungen an der medizin- und/oder informations- und kommunikationstechnischen Ausstattung nicht von allen Mitarbeitern akzeptiert werden.

Führungskräfte

Der technologische Wandel hat bereits dazu geführt und wird weiter dazu beitragen, dass zusätzlich zu den traditionell im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen neue Berufe kreiert werden (unter anderem Casemanager und Dokumentationsassistenten). Er führt zu einer weiteren Spezialisierung der verschiedenen Leistungsbereiche und der darin arbeitenden Mitarbeiter. Das Zusammenwirken hoch spezialisierter Know-how-Träger verlangt von den Führungskräften die Koordination einer spezifischen Art von Teamarbeit bei zunehmender Kommunikationsintensität (von Eiff 2000, S. 52). Der Ausgleich der Spannungen, die durch das Zusammenwirken sehr unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen entstehen können, stellt die Führungskräfte vor besondere Herausforderungen und verlangt den Einsatz geeigneter Führungsinstrumente.

Die Führungskräfte sind nicht sicher, ob sie den daraus resultierenden geänderten Anforderungen gerecht werden können. Es wird Führungskräfte geben, die befürchten – wie ihre Mitarbeiter –, dass ihr Wunsch nach Sicherheit (= nach Bewältigenkönnen der sich möglicherweise ändernden Anforderungen) nur bedingt erfüllt wird. Hinzu kommen die Vorbehalte, die auch ihre Mitarbeiter im Zusammenhang mit einer weiteren Technisierung des Krankenhauses artikuliert haben.

Es muss deshalb einerseits mit einer gewissen Reserviertheit auch von Führungskräften gerechnet werden. Sie werden andererseits die Modernisierung der technischen

Ausstattung des Krankenhauses als Basis einer weiter steigenden Behandlungsqualität begrüßen; sie werden sich auch die weitere Effektuierung ihrer wissenschaftlichen Arbeit versprechen.

Die Führungskräfte sind dem Unternehmen verpflichtet, die Mitarbeiter im Sinne der Unternehmensziele zu motovieren; sie sind allerdings nicht sicher, ob sie diese Aufgabe mit Erfolg wahrnehmen können. Andererseits sind sie solidarisch mit ihren Mitarbeitern und werden diese möglicherweise in der oben skizzierten Haltung unterstützen. Es ist also noch offen, ob die Geschäftsführung unter diesen Aspekten mit der Unterstützung aller Führungskräfte rechnen kann.

Krankenkassen

Der Fortschritt der Medizin und der der Medizin-Technik führt zu einer steigenden Nachfrage nach einschlägigen Diagnose- und Therapieleistungen sowie zu steigenden Kosten je Diagnose- und Therapieeinheit und damit zu steigenden Betriebs- und Investitionskosten (Schmidt; Möller 2007, S. 7). Die Krankenkassen und damit die Solidargemeinschaft werden versuchen, die zusätzlichen Kosten nicht zur Gänze akzeptieren zu müssen. Das künftig medizinisch und medizin-technisch Mögliche wird den Patienten unter Umständen nicht in vollem Umfang zur Verfügung gestellt werden können. Dieser Versuch wird von den Krankenkassen auch deshalb unternommen, weil nicht immer nachgewiesen wird (werden kann), ob das medizinisch und medizin-technisch zusätzlich Mögliche einen die zusätzlichen Kosten rechtfertigenden Zusatznutzen für die Patienten zur Folge hat.

Die Krankenkassen werden deshalb die Pläne der Geschäftsführung eher mit Skepsis begleiten.

Andererseits haben die Krankenkassen aus Gründen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ein großes Interesse daran, dass ihren Versicherten die diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem jeweils neuesten Stand medizinischer und medizin-technischer Erkenntnisse zugutekommen.

Nur mit Hilfe der Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie und deren Einsatz kann die große Menge an Daten bewältigt werden, die auf der Grundlage des § 21 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) an eine zentrale Stelle geliefert werden müssen. Anhand dieser auf das Krankenhaus bezogenen Strukturdaten sowie sämtlicher Falldaten können detaillierte Leistungs- und Kosten-Vergleiche durchgeführt und die Leistungs- und Kosten-Entwicklung in jedem Krankenhaus beobachtet werden. Die Krankenkassen begrüßen deshalb die Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie und deren Einsatz.

Eigentümer

Der Eigentümer unterstützt die Modernisierung der technischen Ausstattung, weil dieses zu einer weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität und damit zu einer weiteren Verbesserung der Reputation des Krankenhauses und damit schließlich zu einer Zunahme der Inanspruchnahme und zu steigenden Erlösen führt. Der Eigentümer unterstützt die Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie und deren Einsatz auch deshalb, weil er sich auf deren Grundlage einen umfassenderen Einblick in das betriebliche Geschehen verspricht.

Der zu erwartende Anstieg der Betriebs- und Investitionskosten und die auch zu erwartende Weigerung der Krankenkassen, diese in vollem Umfang in die Fallpauschalen zu übernehmen, schmälern den Spielraum für die Verzinsung des von dem Eigentümer zur Verfügung gestellten Kapitals. Der Eigentümer wird deshalb seinerseits versuchen, den Anstieg der Kosten zu bremsen, indem den Patienten zwar die Leistungen, die zur erfolgreichen Behandlung notwendig sind, zur Verfügung gestellt werden, nicht aber die Leistungen, die darüber noch möglich wären.

4.3.4 Organisatorischer Wandel

Formen organisatorischen Wandelns im Überblick

Die Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse bedürfen der Organisation, damit die mit Hilfe der genannten Prozesse beabsichtigten Ziele erreicht werden können. Dabei wird unter Organisation einerseits die ordnende Tätigkeit und zum anderen das Ergebnis dieses Handelns, nämlich die Struktur und die Arbeitsabläufe (= Prozesse) verstanden.

Ausgangspunkt des Organisierens ist die Gesamtaufgabe des Unternehmens. Dabei kann als Unternehmen sowohl – auf der Mesoebene – ein Medizinbetrieb verstanden werden, in dem die stationäre sowie die ambulante Behandlung und andere Leistungen angeboten werden, als auch – auf der Makroebene – das Gesundheitssystem als Ganzes, in dem die Krankenbehandlung von mehreren Leistungsanbietern realisiert wird. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf beide Arten von Unternehmen.

Das Ergebnis des Organisierens ist abhängig von der zu bewältigenden Aufgabe und von diversen internen Bedingungen, unter denen die Leistungserbringung erfolgt (dazu mehr in Kap. 4.2) sowie von diversen extern gesetzten Rahmenbedingungen (dazu mehr in Kap. 4.4). Insofern erfolgt die Veränderung der Unternehmensstruktur

einerseits proaktiv, indem aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis umgesetzt werden. Zum anderen reagiert die Geschäftsführung auf Veränderungen der extern gesetzten Rahmenbedingungen.

Verbesserungen struktureller und/oder prozessualer Art sind Schlüsselfaktoren zur weiteren Steigerung der Ergebnisqualität sowie der Effizienz der Behandlungsprozesse und können im Regelfall nicht substituiert werden (wie dies z.B. im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Medizin-Technik beschrieben worden ist). Sie tragen zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und damit zur langfristigen finanziellen Sicherung des Unternehmens bei.

Krankenhausinterne und Leistungsanbieter übergreifende organisatorische Veränderungen sind aktuell in mehrfacher Hinsicht zu beobachten:

1. Innerhalb des Krankenhauses findet eine allmähliche Umorientierung von der funktional orientierten zu einer mehr an den Behandlungsprozessen ausgerichteten Organisation statt. Krankenhäuser sind durch zunehmende Spezialisierung geprägt – Spezialisierung sowohl im Sinne einer weiteren Ausdifferenzierung großer Fachgebiete in Teilgebiete (So gibt es zum Beispiel vor allem in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung nicht mehr nur eine Abteilung „Innere Medizin“, sondern mehrere mit jeweils einem Schwerpunkt wie z.B. Gastroenterologie, Kardiologie oder Nephrologie.) als auch im Sinne der Konzentration auf bestimmte Fach- bzw. Teilgebiete und Verzicht auf das Angebot anderer Fach- bzw. Teilgebiete. Diese objektorientierte Spezialisierung ist nicht zuletzt dem immer lauter werden Ruf nach Mindestmengen an Behandlungen einer bestimmten Fallgruppe geschuldet.
2. Die strikte Trennung der Patientenversorgung in einerseits stationäre und andererseits ambulante Versorgung wird allmählich überwunden. Die Grenzen zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems werden durchlässiger.
3. Vor allem der Druck, der von veränderten finanziellen Rahmenbedingungen ausgeht, führt dazu, dass Krankenhäuser untereinander unterschiedliche Koalitionen eingehen.
4. Die neue Arbeitszeitordnung für Ärzte hat beträchtliche Auswirkungen auf die Strukturen des Krankenhauses und die Arbeitsabläufe in diesem.

Aus Platzgründen können von den sich abzeichnenden Veränderungen nur die unter der Ziffer 1. genannten in die Betrachtungen der folgenden Abschnitte aufgenommen werden.

Krankenhausinterne Veränderungen

Die Patientenbehandlung findet im Regelfall immer noch in Leistungsbereichen statt, die in personeller, finanzieller, struktureller und organisatorischer Hinsicht von den jeweils anderen Leistungsbereichen eines Krankenhauses eindeutig abgegrenzt, also Ergebnis eines funktional orientierten Organisierens sind. Für jeden Leistungsbereich ist jeweils eine Person verantwortlich. Der Patient wird innerhalb eines derart organisierten Systems durch die an der Behandlung beteiligten Leistungsbereiche nicht selten nur als eine Summe verschiedener, zu erledigender Aufgaben wahrgenommen. Das Behandlungsziel ist in jenen Leistungsbereichen, von denen der behandelnde Leistungsbereich medizinische und nicht-medizinische Serviceleistungen erhält, nicht selten nur vage bekannt.

Krankenhausinterne Kunden-Lieferanten-Beziehungen, in deren Rahmen der Kunde – zum Beispiel die behandelnde Fachabteilung – die von einem Lieferanten – z.B. von der Röntgenabteilung – gewünschte Leistung inhaltlich und zeitlich eindeutig und unter Angabe von Qualitätskriterien beauftragt und abnimmt, gibt es nicht immer. Die Beantwortung der Frage, auf welche Weise die Bedürfnisse der internen Kunden am besten befriedigt werden können, spielt für die internen Lieferanten nicht immer in dem gewünschten Ausmaß eine Rolle (s. Beispiele). Die Folge davon ist, dass zwar innerhalb jeweils einzelner Leistungsbereiche in der Regel optimale, für den gesamten Behandlungsprozess dagegen häufig nur sub-optimale Ergebnisse, vor allem in zeitlicher Hinsicht, realisiert werden.

Beispiel

So verlangt zum Beispiel das Zentrallaboratorium die Blutproben zu einer bestimmten Zeit, ohne danach zu fragen, ob sich die Blutabnahme zu dieser Zeit in einen effizienten Arbeitsablauf der Station einfügen lässt.

Nicht selten wird das Abendessen – mit dem in der Regel nicht zutreffenden Argument, die Herstellung des Essens sonst nicht effizient gestalten zu können – am frühen

Nachmittag produziert und den Patienten – ohne Rücksicht auf deren außerhalb des Krankenhauses gepflegten Essensgewohnheiten – zwischen 17.00 und 18.00 Uhr serviert mit der Folge, dass die Zufriedenheit der Patienten gering ist.

Die geänderten finanziellen Rahmenbedingungen (Näheres dazu s. Kap. 4.4.2, Finanzielle Rahmenbedingungen) werden – weil künftig Endprodukte abgerechnet werden – zu einer stärkeren Orientierung der Krankenhausorganisation an der Befriedigung von Patientenbedürfnissen beitragen; die Arbeitsabläufe werden mehr fallbezogen ausgerichtet sein als bisher. Einzelne Krankenhäuser überführen deshalb die funktional und an Zuständigkeiten orientierte in eine Organisation, die an dem Behandlungsprozess ausgerichtet ist. Es werden auf das Behandlungsergebnis abgestimmte, standardisierte und evidence-basierte sowie Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Leistungsbereiche (gegebenenfalls die Grenzen des Krankenhauses) übergreifende Abläufe geschaffen und implementiert. Ein Prozesseigner – im Regelfall als Casemanager bezeichnet – ist verantwortlich für die sach- und zeitgerechte Realisierung der Behandlung jeweils eines Patienten (Hildebrand, S. 49).

Der Spielraum für Entscheidungen der Geschäftsführung, die den Ersatz der funktional- durch die prozessorientierte Organisation sowie die Förderung der objektorientierten Spezialisierung zum Gegenstand haben, wird durch die im Folgenden genannten Stakeholder-Anliegen und dem Bemühen der Verantwortungsträger bestimmt, diese angemessen bei Entscheidungen zu berücksichtigen.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf krankenhausinterne organisatorische Veränderungen

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, die funktional ausgerichtete durch eine an den Behandlungsprozessen orientierte Organisation zu ersetzen. Sofern eine weitere Spezialisierung medizinischer Fachgebiete – wie zum Beispiel die der Orthopädie oder der Frauenheilkunde – erfolgt, wird die Organisation des Krankenhauses dieser Entwicklung angepasst.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses, niedergelassene Ärzte

Die an dem Behandlungsprozess orientierte Organisation des Krankenhauses führt zu der Beschleunigung der Behandlung und zu einem verbesserten Informationsaustausch zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungsbereichen. Beides hebt die Behandlungsqualität und -effizienz. Der Patient, der ihn einweisende Arzt sowie die Menschen, die im Einzugsbereich des Krankenhauses leben, werden diese Veränderungen begrüßen – einerseits.

Von den Kritikern einer prozessorientierten Krankenhausorganisation wird andererseits geltend gemacht, dass es die klinische Abteilung und den dieser vorstehenden Leitenden Arzt, mit der sich der Patient – wie bisher – identifizieren und in deren Obhut er sich geborgen fühlen kann, nicht mehr geben wird. Zwei zentrale, den Behandlungsprozess positiv beeinflussende Elemente würden künftig fehlen. Der Patient, der ihn einweisende Arzt sowie die Menschen, die im Einzugsbereich des Krankenhauses leben, würden deshalb – so wird befürchtet – im Bedarfsfall möglicherweise ein Krankenhaus mit konventioneller Organisation bevorzugen.

Mitarbeiter

Der Ersatz der funktional durch eine an den Behandlungsprozessen ausgerichteten Organisation löst bei vielen Mitarbeitern Skepsis, Angst und Verunsicherung aus:

- Diese befürchten, dass es die ursprünglich auf größere Dauer angelegte Organisationseinheit, in der sie sich geborgen fühlen konnten, möglicherweise nicht mehr geben wird, dass ihr Bedürfnis nach Zugehörigkeit (= nach gefühlsbetonten Kontakten mit anderen Personen und nach einem akzeptierten Platz innerhalb einer Gruppe) nicht mehr befriedigt werden kann.
- Sie sind nicht sicher, ob sie den neuen Anforderungen gerecht werden können. Es muss deshalb damit gerechnet werden, dass Mitarbeiter, weil ihr Bedürfnis nach Sicherheit im Sinne des Bewältigenkönnens neuer Anforderungen nicht mehr befriedigt wird, versuchen werden, organisatorische Änderungen, wenn sie geplant werden, zu unterlaufen.

Von anderen Mitarbeitern kann erwartet werden, dass sie die Veränderungen nicht als Bedrohung wahrnehmen, sondern sich mit den Veränderungen positiv auseinandersetzen. Sie sehen die organisatorischen Veränderungen als Chance, die sie wahrnehmen und mitgestalten wollen. Diese Mitarbeiter werden einschlägige Entscheidungen der Geschäftsführung begrüßen und deren Umsetzung tatkräftig unterstützen, weil sie mit der Befriedigung ihres Selbstverwirklichungsbedürfnisses, ihres Bedürfnisses nach Ent-

faltung der eigenen Persönlichkeit (Scholz, S. 878) rechnen; weil sie aber auch in ihrer Rolle als Agent ihrer Patienten von einer weiteren Verbesserung der Patienten-Behandlung ausgehen.

Auf eine weitere Spezialisierung werden die Mitarbeiter unterschiedlich reagieren: Der mit der objektorientierten Spezialisierung einhergehende Kompetenzzuwachs macht sie sicherer in der Wahrnehmung der ihnen übertragenen Aufgaben – insofern wirkt Spezialisierung motivationsfördernd. Spezialisierung führt andererseits zur Einschränkung der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie zur Eintönigkeit der Aufgabendurchführung und damit eher demotivierend. Je nach ihrer Persönlichkeit werden die Mitarbeiter die Pläne der Geschäftsführung mit dem Ziel einer weiteren Spezialisierung entweder unterstützen oder zu verhindern suchen.

Führungskräfte

Die Umstellung auf die prozessorientierte Organisation des Krankenhauses wird dazu führen, dass einzelne Akteure und Funktionen an Einfluss verlieren und dass gewohnte Rollen sich verändern. Dieses betrifft vor allem die Führungskräfte. Diese sehen ihr Bedürfnis nach Wertschätzung nicht mehr befriedigt; sie befürchten zudem, dass sie an Einfluss sowohl auf die Behandlung der Patienten mit einer Erkrankung aus ihrem Fachgebiet – vor allem in organisatorischer Hinsicht – als auch auf die Gestaltung des Leistungsbereichs, in dem sie ihre Privatpatienten behandeln, verlieren. Es muss deshalb damit gerechnet werden, dass gerade von dieser Gruppe der Mitarbeiter versucht wird, die skizzierten Veränderungen zu verhindern.

Führungskräfte sind auch Agenten ihrer Patienten und in dieser Rolle an einer weiteren Verbesserung der Patienten-Behandlung interessiert. Dieses Anliegen könnte Führungskräfte dazu bewegen, die Pläne der Geschäftsführung zu unterstützen.

Die Führungskräfte sind gefordert, mittels einschlägiger Führungsleistungen dazu beizutragen, dass die in Folge organisatorischer Veränderungen bei ihren Mitarbeitern möglicherweise entstehenden Leistungs- und Motivationsdefizite vermieden werden. Sie sind allerdings nicht sicher, ob sie dieser Herausforderung gerecht werden können; ihr Bedürfnis nach Sicherheit im Sinne des Bewältigenkönnen dieser neuen Anforderungen wird nicht mehr in dem bisher gewohnten Maß befriedigt. Die Geschäftsführung kann deshalb auch deswegen nicht sicher sein, ob sie bei der Realisierung ihrer Pläne mit der Unterstützung der Führungskräfte rechnen kann.

Krankenkassen; Eigentümer

Die schon mehrfach erwähnten zu erwartenden positiven Effekte einer Umstellung auf eine prozessorientierte Krankenhausorganisation werden dazu beitragen, dass Krankenkassen und der Eigentümer des Krankenhauses das Vorhaben der Geschäftsführung unterstützen.

Hinsichtlich einer weitergehenden Spezialisierung und in der Folge der Konzentration einzelner Krankenhäuser auf die Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder haben sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhaus-Eigentümer die Schwierigkeit, die Balance zu finden zwischen der Verbesserung der Effizienz und Qualität der Krankenbehandlung auf der einen Seite und der Erreichbarkeit eines Krankenhauses durch ihre Versicherten bzw. die Einwohner einer bestimmten Region zum anderen. Je nachdem, mit welchem Gewicht diese Entscheider ihre eigenen Bedürfnisse oder die potenzieller Patienten bei ihren unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigen, werden sie die Absichten der Geschäftsführung in die eine oder andere Richtung unterstützen.

Leistungsanbieter übergreifende Veränderungen

Krankenhäuser, aber auch andere Leistungsanbieter suchen Partner, mit denen sie zusammen Leistungen über die gesamte Versorgungskette hinweg – nämlich von der Vorsorge über die ambulante und die stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation, gegebenenfalls auch unter Einschluss der stationären und der ambulanten Pflege – anbieten können (= Versorgungsverbund) (s. Beispiel 1).

Beispiel 1

So arbeiten zum Beispiel die Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Vitanas GmbH & Co. KGaA im Bereich der Rehabilitation zusammen.

Mit der Realisierung von Versorgungsverbünden im Sinne von Integrierter Versorgung werden zwei Ziele verfolgt (Schellschmidt; Klauber, Robra, S. 2):

1. Einerseits sollen die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern/Versorgungssektoren abgebaut werden, um es dem Patienten zu erleichtern, die für ihn angemessene Versorgung möglichst selbst – gegebenenfalls mit Unterstützung einer neu geschaffenen koordinierenden Stelle, dem Casemanager – organisieren zu können. Die bisher existenten Schnittstellen werden ersetzt durch Schnittstellen zwischen jeweils einem Leistungsanbieter und der die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern koordinierenden Stelle.

2. Zum anderen will man dadurch eine hohe Versorgungsqualität und ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis gewährleisten.

Krankenhäuser begründen mit anderen Krankenhäusern strategische Allianzen, indem sie Leistungsbereiche des medizinischen und nicht-medizinischen Supports zusammenlegen. Auf diese Weise erhofft man sich eine Steigerung der Qualität und der Effizienz der Leistungserbringung (s. Beispiel 2).

Beispiel 2

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH werden ihre jetzt noch in jedem Unternehmen existierenden Leistungsbereiche „Laboratoriumsmedizin“ in einer dafür gegründeten Gesellschaft zusammenführen.

Krankenhäuser gründen zusammen mit Fachfirmen verschiedener Dienstleistungsbereiche (wie zum Beispiel Reinigung, Catering und/oder Facility Management) Tochterfirmen und kaufen von diesen Tochterfirmen Dienstleistungen, die sie vorher in eigenen Leistungsbereichen zu im Regelfall weniger günstigen Konditionen selbst erbracht haben (s. Beispiel 3).

Beispiel 3

Siehe zum Beispiel die Charité CFM Facility Management GmbH, die 51-prozentige Tochter der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die ab dem 1. Januar 2006 den überwiegenden Teil der nicht-medizinischen Dienstleistungen für die Charité erbringt.

Von Entscheidungen dieser Art – im Folgenden wird aus Platzgründen nur die erste Kategorie von Leistungsanbieter übergreifenden Veränderungen berücksichtigt – sind diverse Personen und Institutionen wie folgt betroffen.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Leistungsanbieter übergreifende Veränderungen

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, zusammen mit den Fachärzten für die Fachgebiete X, Y, Z ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Sitz am Krankenhaus zu gründen.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses
Die Patienten und die Bewohner im Einzugsbereich eines Versorgungsverbundes erwarten – vor allem dann, wenn sie wegen der Art ihrer Erkrankung verschiedene Leistungsanbieter in Anspruch nehmen müssen – eine Verbesserung der Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen (Weatherly et al., S. 15f.):

- Sie sind überzeugt davon, dass eine höhere Ergebnisqualität erzielt werden kann;
- sie erwarten eine höheres Maß an Sicherheit als Ergebnis besser koordinierter Prozesse und
- sie schätzen die Bequemlichkeit der Behandlung auf der Grundlage abgestimmter und optimierter Prozesse; im Bedarfsfall werden sie ohne Umwege an die für die Behandlung ihrer Erkrankung adäquate Instanz verwiesen.

Die Bewohner im Einzugsbereich eines Versorgungsverbundes verbinden mit dessen Einrichtung die Hoffnung, dass dieser helfen könnte, den sich – demografisch bedingt – abzeichnenden Mangel an Ärzten für die ambulante Versorgung zu überwinden. Der Versorgungsverbund stellt attraktive Arbeitsplätze zur Verfügung, die mit den Lebensentwürfen des ärztlichen Nachwuchses eher zur Deckung zu bringen sind als die tradierten, vor allem im ländlichen Bereich noch vorherrschenden Strukturen für die ambulante Versorgung (Schäg et al., S. 81). Sie werden auch deshalb die Einrichtung einer Integrierten Versorgung begrüßen.

In welchem Ausmaß allerdings die (potenziellen) Patienten das Angebot der Integrierten Versorgung tatsächlich nutzen werden, ist noch offen. Immerhin geben sie mit dem Einschreiben in einen Versorgungsverbund als Voraussetzung für das Nutzen der genannten Vorteile ihre Freiheit auf, im Bedarfsfall den behandelnden Arzt und/oder das Krankenhaus wählen zu können.

Welches der skizzierten Bedürfnisse von den (potenziellen) Patienten künftig wie bewertet und die Entscheidung für den Beitritt zu einem Versorgungsverbund leiten wird, bleibt abzuwarten.

Niedergelassene Ärzte
Sofern der Versorgungsverbund als ein Modell der Integrierten Versorgung gestaltet wird, ist der einweisende Arzt Teil des Systems und an seiner Entstehung maßgeblich beteiligt gewesen. Er ist in die Behandlung „seiner“ Patienten – unabhängig davon, durch welchen Partner des Versorgungsverbundes diese jeweils erfolgt – immer eng eingebunden. Er verspricht sich eine Verbesserung der Versorgung seiner Patienten sowie die Vergütung seiner Leistungen außerhalb des Budgets. Sein Bedürfnis nach Sicherheit, nämlich nach Sicherheit, dass „seine“ Patienten

bestmöglich versorgt werden, und nach einem akzeptierten Platz für sich innerhalb einer Gruppe werden befriedigt. Weil in einem Versorgungsverbund im Regelfall eine größere Zahl von Ärzten zusammenarbeitet, lassen sich Vertretungen leichter organisieren; der Arzt kann seiner Verantwortung gegenüber seiner Familie besser nachkommen. Schließlich kann er die Gewissheit haben, dass die von ihm aufgebaute Praxis, sein Lebenswerk, in seinem Sinne weitergeführt wird.

Es gibt also viele Gründe, die für den niedergelassenen Arzt für die Einrichtung eines Versorgungsverbundes sprechen.

Nicht alle Ärzte werden bereit sein, Mitglied eines Versorgungsverbundes zu werden, weil sie damit ein hohes Maß an Eigenständigkeit aufgeben.

Mitarbeiter

Die mit der Gründung eines Versorgungsverbundes erwartete Effizienzsteigerung kann nur realisiert werden, wenn die Versorgungsleistungen mit einem gegenüber der konventionellen Organisation der Versorgung geringeren Ressourceneinsatz erbracht werden. Die Basis dafür sind Behandlungsleitlinien, die die gesamte Behandlungskette umfassen, und darauf aufbauende Optimierungen der Behandlungs- und Supportprozesse. Einzelne Verbundpartner werden sich als Voraussetzung für die Steigerung der Behandlungs-Effizienz von einigen ihrer Mitarbeiter trennen (müssen).

Die Mitarbeiter der verschiedenen Leistungsbereiche müssen sich auf neue Aufgabenstellungen und neue Arbeitsabläufe und damit neue Anforderungen an ihre Fähigkeiten einstellen.

Der Wunsch der Mitarbeiter nach Sicherheit, also erstens nach Erhalt des Arbeitsplatzes mit einer auskömmlichen Vergütung und zweitens nach Bewältigenkönnen neuer Anforderungen, wird möglicherweise nicht mehr erfüllt. Auf der anderen Seite erwarten die Mitarbeiter, dass eines ihrer Individualbedürfnisse, nämlich die Wahrnehmung ihrer Rolle als Agent der Patienten und die dieser Rolle geschuldeten bestmöglichen Versorgung der Patienten, besser befriedigt wird.

Mitarbeiter werden – weil sie der Meinung sind, dass die erwarteten Nachteile gegenüber dem Vorteil, mit dem sie rechnen können, deutlich überwiegen – der Gründung eines Versorgungsverbundes eher skeptisch entgegen sehen. Sie werden versuchen, die Veränderungen zu verhindern.

Es wird andererseits Mitarbeiter geben, von denen erwartet werden kann, dass sie die Veränderungen nicht als Bedrohung wahrnehmen, sondern sich mit den Veränderungen positiv auseinandersetzen. Sie sehen die organisatorischen Veränderungen als Chance, die sie wahrnehmen und mitgestalten wollen, weil sie mit der Befriedigung ihres Selbstverwirklichungsbedürfnisses, ihres Bedürfnisses nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit (Scholz, S. 878) rechnen. Sie werden die Geschäftsführung eher ermuntern, die für die Gesellschaft insgesamt vorteilhaften Entwicklungen einzuleiten und umzusetzen.

Führungskräfte

Die Führungskräfte sehen die bisher schon skizzierten Vorteile eines Versorgungsverbundes. Sie werden deshalb die Geschäftsführung bei der Realisierung ihrer diesbezüglichen Pläne unterstützen.

Andererseits sind sie nicht sicher, ob sie die zum Erhalt der Motivation ihrer Mitarbeiter erforderlichen Führungsleistungen erbringen können. Sie befürchten, dass ihr Bedürfnis nach Sicherheit im Sinne des Bewältigenkönnen neuer Anforderungen künftig weniger gut befriedigt wird. Sie werden nach Abwägen der Vor- und der Nachteile der beabsichtigten Änderungen diesen eher skeptisch gegenüberstehen.

Krankenkassen

Die Krankenkassen lassen sich als Vertragspartner für den Aufbau der neuen Versorgungsform aus mehreren Gründen gewinnen (Weatherly et al., S. 19ff.):

- Sie versprechen sich durch ihre Beteiligung einen Wettbewerbsvorteil.
- Sie wollen dazu beitragen, die Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern
- Sie wollen Know-how im Sinne von Versorgungskompetenz gewinnen, um eine gestaltende Rolle und nicht nur die Rolle als Finanzier spielen zu können.
- Die Kosten für die Versorgung sollen reduziert werden.

Eigentümer

Der Eigentümer des Krankenhauses, dessen Management die Gründung eines Versorgungsverbundes im Sinne der Integrierten Versorgung beschließt, wird diese Entscheidung mit tragen, weil

- die Versorgung der Patienten verbessert werden kann,
- die dadurch gesteigerte Reputation des Krankenhauses dauerhaft zu mehr Inanspruchnahme mit höheren Erlösen führt,
- die Auslastung des Krankenhauses und damit die Effizienz der Versorgung verbessert werden können und somit
- am ehesten dazu beigetragen werden kann, die sich abzeichnenden Probleme der regionalen Krankenversorgung, die auch in der Bedrohung einzelner Krankenhäuser bestehen können, zu überwinden (Neubauer et al., S. 65ff.),

4.3.5 Wertewandel

Werte sind kognitive Präferenzstrukturen, die Orientierung geben und als Entscheidungsregeln das Verhalten steuern (Scholz, S. 18f.). Werte sind Aspekte der Lebens- und Handlungswirklichkeit, denen für das menschliche Leben, auch im Sinne des Arbeitslebens, eine Bedeutung zugeschrieben wird und die deshalb als erstrebens- und schützenswert gleichermaßen angesehen werden (Steinkamp; Gordijn, S. 49). Das in einem Krankenhaus gelebte Wertesystem steuert sowohl den Umgang der Mitarbeiter untereinander als auch das Verhalten der Institution Krankenhaus und der Mitarbeiter gegenüber Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten, Lieferanten und anderen Stakeholdern und umgekehrt das Verhalten der zuletzt genannten Stakeholder gegenüber den Mitarbeitern sowie deren Führungskräften.

Zu den Werten zählen unter anderem
- das Lebens,
- die Gesundheit,
- die Menschenwürde,
- die Freiheit,
- die Gerechtigkeit,
- die Solidarität,
- das Recht auf Arbeit sowie
- das Ende der Verschwendung (Spiegel, S. 11ff.)

Neben diesen Werten, die mehr allgemeingültigen Charakter haben, gibt es zwei Kategorien von Werten, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von besonderem Interesse sind:
- Die Autonomie der Patienten im Behandlungsprozess (Bobbert, S. 76ff.) wird in Kapitel 4.2.4 zum Thema gemacht.
- Als Grundlage für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen gibt es ein spezifisches Wertesystem, das unter anderem aus folgenden Elementen besteht (Scholz, S. 21; Spiegel, S. 111ff. und 133ff.) und das bei den weiteren Ausführungen vordringlich interessiert.
  - Selbstentfaltung,
  - Demokratiebewusstsein,
  - Individualisierung,
  - Karriereorientierung und
  - Selbstständigkeit.

Charakteristisch für die genannten Werte ist es, dass deren Bedeutung abhängig ist von der Gesellschaftsordnung, in der sie gelebt werden, und dass deren Bedeutung sich im Zeitablauf ändern kann. Letzteres ist seit geraumer Zeit für mehrere Werte zu beobachten. So ist zum Beispiel die Patientenautonomie eine Größe geworden, die aus den Krankenhäusern nicht mehr wegzudenken ist (Steinkamp; Gordijn, S. 84). An der Befriedigung des Bedürfnisses der Mitarbeiter nach mehr Selbstentfaltung, mehr Demokratie am Arbeitsplatz und Selbstständigkeit kommen die Geschäftsführungen nicht mehr vorbei. Es ist anzunehmen, dass diese Elemente des Wertesystems noch längere Zeit Gültigkeit haben werden und dass sie somit Anlass sein sollten für nachhaltig wirkende strukturelle und prozessuale Anpassungen.

Konkrete Handlungen schreiben Werte nicht vor. Damit sie dennoch ihre Wirkung dauerhaft entfalten können, werden aus ihnen Handlungsanweisungen (= Normen) abgeleitet, die den Werten so gut als möglich Rechnung tragen. Entsprechend der oben für dieses Kapitel vorgenommenen Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes betreffen die Normen das Führungskonzept des Unternehmens (s. auch Tab. 8).
- So ist unter anderem festzulegen, wie die Leitungsstruktur des Krankenhauses – ob eher dezentral oder mehr zentral – ausgerichtet sein soll und ob und welche Entscheidungsbefugnisse unter Berücksichtigung der Führungskräfte- und Mitarbeitereigenschaften sowie der Eigenschaften der Entscheidungs-Situation von den Führungskräften an deren Mitarbeiter delegiert werden sollen (= Führungsorganisation).
- Es wird vereinbart, wie die Mitarbeiter an Entscheidungen, die ihre Vorgesetzten zu fällen haben, beteiligt werden sollen (= Führungsstil und Führungstechnik).
- Schließlich gilt es zu bestimmen, welche Bedeutung die Förderung von Mitarbeitern haben soll (= Entwicklungs- und Lernperspektive).

Wenn Entscheidungen der skizzierten Art, also im Sinne eines geänderten Wertekanons, gefällt und umgesetzt worden sind, kommt es darauf an, dafür zu sorgen, dass die Qualifikation der Führungskräfte und der Mitarbeiter so ausgerichtet wird, dass das neue Unternehmens- und Führungskonzept nachhaltig gelebt werden kann. Die Fähigkeiten der vorhandenen Führungskräfte und Mitarbeiter werden gegebenenfalls weiterentwickelt; bei der Rekrutierung neuer Führungskräfte und Mitarbeiter wird darauf geachtet, dass nur noch solche eingestellt werden, die bereit und imstande sind, dem neuen Unterneh-

Tab. 8 Aspekte einer werteorientierten Personalarbeit

Werte	Maßnahmen (Beispiele) im Sinne von Normen
Selbstentfaltung	durch Delegation von Verantwortung an Mitarbeiter für die Folgen ihrer Entscheidungen
Entwicklung von Demokratiebewusstsein	durch Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen
Individualisierung	durch Zuschreibung von Arbeitsergebnissen zu dem jeweils verantwortlichen Mitarbeiter; Entkopplung von Arbeits- und Betriebszeit
Karriereorientierung	durch Personalentwicklung; Respektierung des Verhältnisses zwischen Arbeitszeit und Freizeit und/oder ehrenamtlichem Engagement
Selbstständigkeit	durch Übertragung von Befugnissen an Mitarbeiter über die Festlegung von Zielen und die zur Zielerreichung erforderlichen Mittel

mens- und Führungskonzept zur Wirksamkeit zu verhelfen.

Wer ist von den einschlägigen – im Sinne der oben erwähnten Anliegen der Mitarbeiter – strategischen Entscheidungen in welcher Weise betroffen?

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen des Wertesystems

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, ein an den Bedürfnissen der Führungskräfte und Mitarbeiter orientiertes Führungs-Konzept zu entwickeln und einzuführen. Der Prozess der Entwicklung und Implementierung ist ausgerichtet an den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und einweisende Ärzte
Die Patienten, die Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses sowie die einweisenden Ärzte werden davon profitieren, dass die Motivation der Mitarbeiter und damit deren Bereitschaft zu einer weiteren Steigerung ihrer Anstrengungen und in Folge davon der Behandlungs- und Servicequalität, auch im Sinne des uneingeschränkten Zugangs zu medizinischen Leistungen, verbessert werden. Bei der Entscheidung der Patienten, welches Krankenhaus sie im Bedarfsfall aufsuchen, und bei der Entscheidung der niedergelassenen Ärzte, in welches Krankenhaus sie ihre Patienten zur stationären Behandlung einweisen, wird das positive Verhalten der Mitarbeiter gegenüber Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzten eine nicht unerhebliche Rolle zu Gunsten des Krankenhauses spielen.

Mitarbeiter
Es gibt eine zunehmende Zahl von Mitarbeitern, die die erwähnten strukturellen Veränderungen in Entsprechung der von ihnen präferierten Werte erwarten und diese – wenn sie realisiert werden – als Chance für eine weitere Verbesserung ihrer Arbeitssituation sehen. Sie werden die Geschäftsführung bei der Umsetzung eines neuen Führungskonzepts tatkräftig unterstützen.

Andere Mitarbeiter befürchten, dass sie den dann geänderten Anforderungen – den Mitarbeitern werden zusätzliche Entscheidungsbefugnisse übertragen und die Verantwortung für die sich aus den Entscheidungen ergebenden Folgen zugewiesen – nicht gerecht werden können und auch nicht über die notwendigen Potenziale für die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten in Hinblick auf geänderte Anforderungen verfügen. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit im Sinne von Bewältigenkönnen möglicherweise neuer Anforderungen sehen sie als eher weniger befriedigt und werden deshalb versuchen, die Änderung des Führungskonzepts zu verhindern.

Führungskräfte
Viele Führungskräfte werden ihre Mitarbeiter bei der Durchsetzung eines neuen Wertesystems und der Umsetzung des daraus entwickelten Führungskonzepts unterstützen. Sie werden dem Führungskonzept uneingeschränkt zur nachhaltigen Wirksamkeit verhelfen.

Es gibt aber immer noch Führungskräfte, denen es in Folge ihrer spezifischen Sozialisation schwer fällt, die Befriedigung der Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter nach zum Beispiel mehr Selbstständigkeit und mehr Demokratie am Arbeitsplatz zu akzeptieren. Sie sehen deshalb auch nicht die Notwendigkeit, ihre Führungskompetenz im Sinne des neuen Wertesystems zu aktualisieren. Sie werden versuchen, die Entwicklung eines neuen Führungskonzepts zu verhindern.

Krankenkassen und Krankenhaus-Eigentümer
Die Krankenkassen und der Krankenhaus-Eigentümer profitieren von dem Wertewandel und der Realisierung der daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen. Die in Folge der Umsetzung des Werte-Wandelns in ein neues Führungskonzept zunehmende Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation führt zu einer weiteren Verbesserung der Behandlungs- und Servicequalität und des Preis-Leistungs-Verhältnisses. Die Attraktivität des Krankenhauses nimmt weiter zu. Die Inanspruchnahme steigt und damit die Auslastung der vorgehaltenen Kapazitäten. Das Krankenhaus ist für den an Schärfe zunehmenden Wettbewerb besser gerüstet und damit langfristig existenziell gesichert.

4.3.6 Marktdynamik

Gegenstände der Analyse von Veränderungen auf dem Krankenhaus-„Markt" sind vier Teilmärkte:
1. Auf dem ersten Teilmarkt bieten Krankenhäuser und andere Leistungsanbieter – zunehmend auf der Basis eines sich verschärfenden Wettbewerbs – medizinische Leistungen an. Patienten fragen diese Leistungen nach.
2. Auf einem zweiten Teilmarkt werden Krankenhäuser oder Teile von ihnen angeboten und nachgefragt.
3. Auf dem dritten Teilmarkt begegnen sich die Angebote diverser Waren und Dienstleistungen und die Nachfrage nach diesen durch Krankenhäuser.
4. Auf dem Arbeitsmarkt, dem vierten Teilmarkt, werden Arbeitsleistungen angeboten und durch Krankenhäuser nachgefragt.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich vor allem auf die beiden ersten der vier Teilmärkte.

Der Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt, dem ersten Teilmarkt des Krankenhaus„marktes", kann sich auf Grund einer ganzen Reihe gesetzlicher Vorschriften noch nicht so entfalten, wie es die Absicht des Gesetzgebers ist (Cassel, S. 15ff.). Dennoch:
- Krankenhäuser werden an andere, vielfach private Krankenhausträger verkauft, mit anderen Krankenhäusern fusioniert oder zur Gänze oder teilweise geschlossen[38], wenn dem aktuellen Träger die Management- und/oder finanziellen Ressourcen zum Weiterbetrieb des Krankenhauses fehlen.
- Krankenhäuser lagern medizinische und/oder nicht-medizinische Leistungsbereiche aus, um die Effizienz der Behandlung weiter steigern zu können und/oder
- ändern ihre Rechtsform mit dem Ziel, die Handlungsspielräume für das Management zu erweitern.

Die Folgen sind:
1. Es entstehen Regionen, innerhalb derer mehrere Krankenhäuser um die Gunst der Patienten werben. Dem kommt entgegen: In Folge der zunehmend leistungsfähigeren Verkehrssysteme nehmen Patienten künftig auch größere Wege in Kauf, um ein Krankenhaus ihrer Wahl aufsuchen zu können[39].
2. Patienten müssen künftig längere Wege zum Erreichen des Krankenhauses in Kauf nehmen, als medizinisch verantwortbar und akzeptabel ist.

Nicht selten haben die genannten Maßnahmen Auswirkungen auf die Arbeitsverhältnisse von Mitarbeitern, die möglicherweise in ihrem Bestand oder hinsichtlich ihrer finanziellen Ausstattung gefährdet sind. Wenn ein kommunales Krankenhaus an einen privaten Träger veräußert wird, kommt hinzu, dass danach zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander treffen. Das kommunale Krankenhaus ist – was für alle Krankenhäuser typisch ist – bedarfswirtschaftlich ausgerichtet. Bei einem Krankenhaus in privater Trägerschaft kommt ein erwerbswirtschaftliches Element – die Gewinnerzielungsabsicht – hinzu.

Von Entscheidungen der skizzierten Art sind Stakeholder des Krankenhauses wie folgt betroffen und prägen den Handlungsspielraum der Geschäftsführung:

38 Siehe zum Beispiel die Krankenhäuser in Salzgitter-Bad (2004), Herbolzheim (2006) sowie das St. Josef-Hospital in Oslberg (2004).

39 Eine Studie der Koordinierungsstelle MedEcon Ruhr (Evans, S. 43f.) zeigt den Zusammenhang zwischen dem Grad der Spezialisierung und dem Einzugsbereich der Krankenhäuser, also der Bereitschaft der Patienten, gegebenenfalls auch größere Wege zwischen dem Wohnort und einem Krankenhaus zu akzeptieren.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen des Marktes

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung des Krankenhaus-Verbundes X beschließt,

a) die Rechtsform zu ändern,
b) die Leistungsbereiche Gebäudereinigung und Speisenversorgung auszulagern und
c) eines der Verbund-Krankenhäuser an einen privaten Krankenhaus-Träger zu verkaufen.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und niedergelassene Ärzte

Patienten, deren Angehörige und die einweisenden Ärzte sind nicht selten mit Rechtsform-Änderungen, mit dem Outsourcing einzelner Leistungsbereiches des Krankenhauses und mit dem Verkauf von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft an private Träger nicht einverstanden[40]. Dabei stehen im Regelfall die – meist unbegründeten – Bedenken im Vordergrund, private Krankenhausträger würden die marktgerechte Verzinsung des eingesetzten Kapitals zu Lasten der Interessen der Patienten und der Mitarbeiter gewichten und so bei ihren unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigen; sie befürchten, dass unternehmerische Entscheidungen nicht mehr primär durch die Sorge um die Patienten geleitet wird (Kühn, S. 19ff.).

Die genannten Stakeholder befürchten im Falle des Auslagerns medizinischer und/oder nicht-medizinischer Leistungsbereiche, die Leistungen externer Dienstleistungsunternehmen wären weniger an den spezifischen Produktionsbedingungen eines Krankenhauses ausgerichtet als dies der Fall wäre, wenn die Serviceleistungen durch krankenhauseigene Servicebereiche erbracht würden.

Das Schließen von Krankenhäusern wird von den Patienten, den Bewohnern im Einzugsbereich des von der Schließung betroffenen Krankenhauses und von den niedergelassenen Ärzten abgelehnt. Sie sorgen sich, dass Patienten im Bedarfsfall nicht rasch genug medizinische Hilfe erhalten können.

Begründet wird die Ablehnung der skizzierten Entwicklungen auch mit dem – nicht zutreffenden – Argument, der Staat würde sich damit – zumindest teilweise – seiner Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung entledigen.

Mitarbeiter

Die von den eingangs skizzierten Entwicklungen betroffenen Mitarbeiter werden in höchstem Maße verunsichert, weil sie nicht wissen, welche Anforderungen künftig an sie gestellt werden und ob sie diese bewältigen können. Sie werden mit anderen Unternehmenskulturen konfrontiert und müssen möglicherweise mit ihrer Kündigung und/oder mit finanziellen Einbußen rechnen. Es ist ungewiss, ob sie ihrer Rolle als Agent der Patienten in dem gewohnten Maße gerecht werden können. Sie werden deshalb versuchen, den Status quo zu verfestigen.

Führungskräfte

Die Hauptlast zur Lösung der sich ergebenden Probleme liegt sicher bei den Führungskräften. Sie müssen die wegen vermeintlich schlechter werdender Arbeitsbedingungen entstehenden Motivations-Defizite durch geeignete Führungsleistungen ausgleichen. Sie sind gefordert, dazu beizutragen, die Einstellungen ihrer Mitarbeiter hinsichtlich ausschließlich bedarfswirtschaftlicher versus auch erwerbswirtschaftlicher Orientierung zu ändern.

Die Führungskräfte befürchten, dass ihr Bedürfnis nach Sicherheit im Sinne des Bewältigenkönnen neuer Anforderungen an ihre Führungsfähigkeit nicht mehr befriedigt wird. Sie werden deshalb versuchen, die skizzierten Veränderungen zu verhindern.

Krankenkassen

Krankenkassen versprechen sich als Ergebnis der unternehmerischen Entscheidungen – Rechtsformänderungen und/oder Outsourcing und/oder Verkauf eines Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft an einen privaten Krankenhausträger – vor allem eine Verbesserung der Effizienz[41] der Behandlungs- und Serviceprozesse und damit des Preis-Leistungs-Verhältnisses sowie die Steigerung der Qualität der Patientenbehandlung. Sie unterstützen deshalb die Bemühungen der Geschäftsführung.

Die Krankenkassen sind auf der anderen Seite nach den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dazu verpflichtet, für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sorgen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten; sie sind deshalb auch an der Krankenhausplanung der

40 Siehe zum Beispiel das Volksbegehren gegen den Mehrheitsverkauf von Anteilen des Landesbetriebes Krankenhäuser Hamburg (LBK Hamburg) im Frühjahr 2003 und den Bürgerentscheid im Rottach-Inn-Kreis gegen den Verkauf des örtlichen Krankenhauses im Herbst 2009.

41 Andererseits zeigt eine Studie, dass Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft effizienter arbeiten als private Krankenhäuser (Schreyögg, o.S.).

Bundesländer beteiligt (siehe z.B. § 17 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz Berlin). Im Sinne dieser gesellschaftlichen Verpflichtung werden sie im Einzelfall prüfen, ob sie der Reduzierung von Behandlungskapazitäten oder deren Verlagerung von einer Region in eine andere zustimmen können.

Krankenhaus-Eigentümer
Wenn ein Krankenhaus veräußert oder mit einem anderen Krankenhaus fusioniert wird, geht die Initiative dazu im Regelfall – aus unterschiedlichen Gründen – von dem Eigentümer aus. Insofern stellt sich die Frage nach dessen Haltung zu diesem Vorgang nicht.

Hinsichtlich der Auslagerung von Leistungsbereichen wird der Eigentümer ähnlich und mit vergleichbaren Argumenten wie die Krankenkassen reagieren.

Eine Rechtsformänderung wird nicht selten durch die Geschäftsführung betrieben. Diese bedarf dazu der Zustimmung des Eigentümers. Dieser wird für diese Zustimmung gewonnen werden können, wenn primär mit der Einschränkung der Haftung für finanzielle Risiken argumentiert wird. Wenn dagegen die Leitungsbefugnisse zwischen der Geschäftsführung und den für die Aufsicht über das Krankenhaus zuständigen Instanzen des Krankenhaus-Eigentümers neu verteilt und damit die Eigenständigkeit der Geschäftsführung gestärkt werden soll, muss mit mehr oder weniger deutlichem Widerstand durch den Eigentümer gerechnet werden.

4.4 Rahmenbedingungen

4.4.1 Soziodemografische Veränderungen

Einführung

Europa ist der „ergrauende" Kontinent (Kloimüller, S. 14). Während in den zehn Jahren vor 2004 der Anteil der bis 14-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um etwa 2%-Punkte abgenommen hat, stieg der Anteil der 65–79-Jährigen im gleichen Zeitraum um ca. 1.5%-Punkte. Im Hinblick auf die Handlungssituation der Geschäftsführung bedeutet dieses folgendes:

1. Es muss damit gerechnet werden, dass der Anteil der über 65-jährigen Patienten an der Gesamtzahl der Patienten weiter zunimmt (Mehr als zwei Drittel der internistisch erkrankten Patienten sind derzeit älter als 65 Jahre [Steinhagen-Thiessen et al., S. 124].). Diese Entwicklung vollzieht sich in einer Zeit, in der „das Krankenhaus und das Pflegeheim ... Teil der Welt des altenverachtenden Alltags" sind (Rosenmayr, S. 197). Wer fit ist, gilt etwas. Diese in unserer Gesellschaft immer noch vorherrschende Einstellung ist prägend für die Art und das Ausmaß der Zuwendung zu älteren und alten Patienten[42].
2. Der Zahl der erwerbsfähigen Personen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) sinkt bei gleichzeitig zunehmendem Bedarf an Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft (s. Abb. 26); die Belegschaften der Krankenhäuser werden älter.

Die soziodemografischen Veränderungen gehören zu jenen Einflussfaktoren, auf die die Geschäftsführung – im Gegensatz zum Beispiel zu dem Wertewandel – nur reagieren kann bzw. mittel- und langfristig reagieren muss, wenn sie eine ausreichend hohe Inanspruchnahme des Krankenhauses dadurch sichern und gewährleisten will, dass die Leistungsfähigkeit der Belegschaft für die Bewältigung der möglicherweise steigenden Anforderungen hoch genug bleibt.

Patienten werden älter

Die aktuelle Situation alter Patienten im Krankenhaus lässt sich wie folgt charakterisieren:

Das geltende Finanzierungsrecht, das pauschalierende Entgeltsystem, beinhaltet Anreize zur Risikoselektion durch das Abkürzen der Behandlungsdauer (Schulz-Nieswandt, S. 59). Dieses hat immer wieder die Zuweisung der Patienten in klinisch instabilen Zuständen zu anderen Leistungsanbietern (ambulante Behandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege) oder die erneute Aufnahme in die stationäre Behandlung zur Folge (Schulz-Nieswandt, S. 60). Weil vor allem alte Patienten große Schwierigkeiten haben, sich in dem komplexen Gesundheitssystem allein zurecht zu finden, wird deren Bedürfnis nach transsektoraler Integration (Schulz-Nieswandt, S. 59) von zentraler Bedeutung werden.

Durch ineinander greifende transparente Versorgungsketten werden gerade alte, multimorbide und chronisch kranke Menschen im System aufgefangen; sie können länger selbstständig ihren Alltag gestalten. Viele der Patienten, die ansonsten in die stationäre Behandlung aufgenommen werden müssten, können im Rahmen

42 Nachfolgend wird zu Gunsten der besseren Lesbarkeit zusammenfassend von alten Patienten/Menschen gesprochen. Es sind damit immer beide Lebensaltersgruppen gemeint.

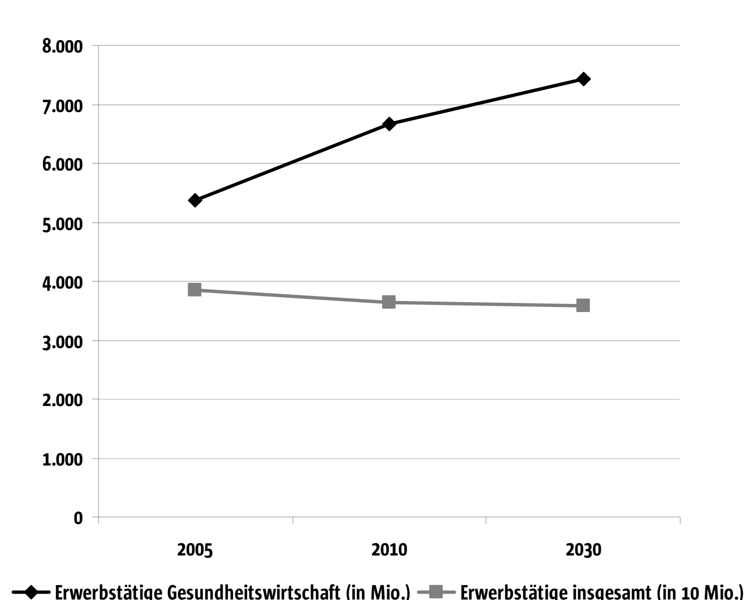


Abb. 26 Die Entwicklung der Erwerbstätigen in Deutschland insgesamt und in der Gesundheitswirtschaft (in Anlehnung an Henke et al., S. 30)

eines geeigneten Integrationsmodells ambulant behandelt werden. Die formalen Voraussetzungen dafür hat der Gesetzgeber mittels des § 140a–h Sozialgesetzbuch (SGB) V geschaffen; es ist zu beobachten, dass erste Integrationsmodelle mit dem Ziel, die skizzierten nachteiligen Folgen des neuen Finanzierungsrechts zu vermeiden, entwickelt worden sind. Die Initiative dazu geht vor allem von den Krankenhäusern aus.

Das Akut-Krankenhaus definiert sich herkömmlicherweise durch das Ziel, Krankheiten zu heilen und die Gesundheit der Patienten voll wiederherzustellen. Diagnostik und Therapie bestimmen deshalb die innere Struktur und die Organisation des Krankenhauses (Rosenmayr, S. 198). Das Ziel der Behandlung alter Menschen ist dagegen nicht selten fokussiert auf die Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit trotz eventuell bleibender Behinderungen. Das in diesem Zusammenhang notwendige aktive Bemühen um Aufrechterhalten der Kompetenz und der Kontrolle im Alter (Marbach, S. 43) werden aber im Krankenhaus ebenso wie die Unterstützung der alten Menschen bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens noch immer als ein Randproblem gesehen. Häufig sind weder die Arbeitsweise noch die Ausstattung der Krankenhäuser für die Realisierung dieses Behandlungszieles geeignet (Steinhagen-Thiessen et al., S. 140).

Die Diagnostik alter, vielfach multimorbider Patienten ist häufig sehr aufwändig. Um die Einrichtungen des Krankenhauses effizient nutzen und um die Dauer des Aufenthaltes der Patienten im Krankenhaus minimieren zu können, erfolgt die Diagnostik – auch bei den alten Patienten – nach einem Plan, der wenig Erholungspausen zwischen den verschiedenen Untersuchungen zulässt und damit gerade für die alten Patienten besonders belastend ist. Hinzu kommt, dass der gewohnte Tagesrhythmus eines alten Menschen ein anderer ist als der eines jüngeren; die vielfach ausschließlich anhand von Effizienz-Kriterien gestalteten Arbeitsabläufe kommen diesem Bedürfnis nur selten entgegen.

Viele der alten Patienten sind neben ihrer aktuellen Erkrankung körperlich behindert. Die baulichen und technischen Bedingungen der Krankenhäuser sind sehr häufig darauf noch nicht ausgerichtet.

Die Pharmatherapie ist im Regelfall für jüngere Patienten konzipiert und berücksichtigt nicht das im Alter geschwächte Adaptionsvermögen. Die Wirkung ist deshalb nicht selten nicht die

gewünschte; es treten gehäuft Nebenwirkungen auf (Coper; Schulze, S. 204).

Es wird auch einer anderen Ansprache bedürfen, um alte Patienten angemessen aufklären zu können. Um die Integration alter Patienten in den Behandlungsprozess im Sinne der so genannten Ko-Produktionsthese realisieren zu können, ist ein anderer Umgang mit dem Patienten erforderlich als dies bei einem 30-Jährigen der Fall ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Krankenhäuser

- in die Realisierung geeigneter Integrationsmodelle,
- in die Professionalisierung der Geschäftsführung und aller Mitarbeiter, die Behandlung alter Patienten betreffend,
- in die Veränderung der Einstellung der Geschäftsführung und aller Mitarbeiter gegenüber den Bedürfnissen alter Patienten sowie
- in die Anpassung der Arbeitsabläufe und der baulichen und technischen Ausstattung

investieren müssen.

Von Entscheidungen der skizzierten Art sind Stakeholder des Krankenhauses wie folgt betroffen.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen der Altersstruktur der Patienten

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, zusammen mit niedergelassenen Ärzten des Einzugsgebietes ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen, das sich insbesondere der Versorgung alter Patienten widmet.

Es wird ein Weiterbildungsprogramm, die Behandlung alter Menschen betreffend, entwickelt und eingeführt. Im Verlauf eines Zeitraumes von x Monaten sollen alle Führungskräfte und Mitarbeiter an diesem Programm teilgenommen haben. Für danach eingestellte Führungskräfte und Mitarbeiter wird das Programm einmal pro Halbjahr angeboten.

Eine Arbeitsgruppe wird Vorschläge erarbeiten für die auf die Behandlung alter Menschen bezogene Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe sowie der Anpassung der baulichen und technischen Ausstattung.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und niedergelassene Ärzte

Die Patienten sowie die einweisenden Ärzte werden vor allem jene Krankenhäuser verstärkt in Anspruch nehmen, die Bestandteil eines entsprechend den Bedürfnissen alter Patienten gestalteten Versorgungsmodells sind; dieses vor allem auch deshalb, weil sie sich dadurch die Stabilisierung der Behandlung auch über die stationäre Behandlung hinaus versprechen. Die Menschen im Einzugsbereich werden sich je nach der Art des angebotenen Integrationsmodells dort einschreiben und somit eine dauerhafte Bindung zu dem Krankenhaus und den anderen in dem Integrationsmodell zusammen geschlossenen Leistungsanbietern begründen.

Mit der an den Bedürfnissen alter Patienten orientierten Weiterentwicklung der personellen, strukturellen, organisatorischen und technischen krankenhausinternen Behandlungs-Bedingungen wird die Geschäftsführung einen entscheidenden Beitrag zur Lösung eines Profilierungsproblems und damit zum Bestehen des Krankenhauses im Wettbewerb leisten. Die Patienten, die Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und die niedergelassenen Ärzte werden die Investitionen des Krankenhauses durch zunehmende Inanspruchnahme und durch dauerhafte Bindung an das Krankenhaus honorieren.

Mitarbeiter

Die Mehrzahl der Mitarbeiter begrüßt die genannten Veränderungen, weil sie damit ihre Agenten-Rolle auch gegenüber alten Patienten ohne Abstriche wahrnehmen können. Sie unterstützen die Geschäftsführung bei der Umsetzung der geplanten Veränderungen auch deshalb, weil sie damit eine Steigerung der Reputation des Krankenhauses erwarten und in Folge davon für sich selbst eine Zunahme ihrer Wertschätzung durch ihr soziales Umfeld.

Auf der anderen Seite wird es Mitarbeiter geben, die nicht sicher sind, ob sie der durch die Geschäftsführung verlangten Änderung ihrer Einstellung gegenüber alten Menschen und der im Sinne der spezifischen Behandlung alter Patienten erforderlichen Vervollkommnung ihrer Kompetenz werden folgen können. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit, nach Bewältigenkönnen der neuen Anforderungen, wird möglicherweise nicht mehr zureichend befriedigt. Sie werden deshalb das Vorhaben der Geschäftsführung eher mit Zurückhaltung begleiten.

Im Übrigen wird auf die Reaktion der Mitarbeiter im Zusammenhang mit Leistungsanbieter übergreifenden organisatorischen Veränderungen verwiesen. Diese können auch hinsichtlich der hier skizzierten, aus anderen Gründen initiierten Leistungsanbieter übergreifenden organisatorischen Veränderungen eine Rolle spielen.

Führungskräfte

Die Führungskräfte werden grundsätzlich wie ihre Mitarbeiter reagieren.

Ihre Reserviertheit gegenüber den skizzierten Veränderungen wird wegen der von ihnen erwarteten Motivation ihrer Mitarbeiter zur Veränderung ihrer Einstellung und

zum Ausbau ihrer Kompetenzen verstärkt. Sie sind nicht sicher, ob sie über die dafür notwendigen Entwicklungspotenziale verfügen. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit, nach Bewältigenkönnen der neuen Anforderungen, wird auch deshalb eher nur eingeschränkt befriedigt. Sie werden auch deshalb die Pläne der Geschäftsführung eher nicht unterstützen.

Krankenkassen
Die Krankenkassen müssen angesichts der Zunahme der altersbedingten Schweregrade der Erkrankungen und Multimorbidität mit einem steigenden Case-Mix-Index und damit insgesamt mit steigenden Krankenhaus-Budgets rechnen[43]. Die einzelne Krankenkasse muss deshalb aber nicht befürchten, wegen eines überproportional höheren Anteils alter Patienten in der stationären Behandlung überproportional höhere Behandlungskosten ohne Ausgleich tragen zu müssen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich sorgt zwischen den Krankenkassen zu einem Ausgleich der zu erwartenden höheren Belastungen durch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Insofern werden die Krankenkassen die Geschäftsführung bei der Realisierung von Maßnahmen mit dem Ziel, die oben skizzierten Defizite zu beseitigen, unterstützen – auch dann, wenn damit gerechnet werden muss, dass in Folge einer Behandlung, die besser auf die Bedürfnisse alter Patienten abgestimmt ist, Letztere zunehmend dieses Krankenhaus aufsuchen und ein höheres Budget bedingen werden.

Dieses gilt insbesondere dann, wenn die Geschäftsführung durch die ergänzende Etablierung geeigneter Integrationsmodelle dafür sorgt, dass Patienten im Bedarfsfall möglichst, wenn medizinisch vertretbar, ambulant und weniger stationär behandelt werden.

Eigentümer
Es kann damit gerechnet werden, dass das Entgeltsystem hinsichtlich der altersbedingten Schweregrade und Multimorbidität künftig besser als bisher ausdifferenziert sein wird. Dennoch befürchtet der Eigentümer, dass die Kosten stärker steigen werden als die Erlöse. Er wird deshalb der Investition in die Verbesserung der Behandlung alter Patienten und damit in die Verbesserung der Attraktivität des Krankenhauses für gerade jene Patientengruppe eher reserviert gegenüber stehen.

Der Eigentümer unterstützt die Entwicklung und Implementation von Integrationsmodellen. Er erhofft sich dadurch die Entlastung des stationären Bereichs von besonders aufwändig zu behandelnden Patienten, indem diese, wenn medizinisch vertretbar, ambulant behandelt werden. Er verspricht sich außerdem für das Krankenhaus einen Zugewinn an Reputation, weil dem Anliegen der Patienten nach Stabilisierung der Behandlung auch über die stationäre Behandlung hinaus entsprochen wird, und damit mit einer verstärkten Inanspruchnahme, zusätzlichen Erlösen und der effizienteren Auslastung der vorhandenen Ressourcen gerechnet werden kann.

Krankenhaus-Belegschaften werden älter

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt lässt erwarten, dass es immer schwieriger werden wird, eine ausreichend große Zahl von gut qualifizierten und motivierten, vor allem auch jungen Mitarbeitern für eine Tätigkeit im Krankenhaus zu gewinnen und dort über eine längere Zeit hinweg zu binden. Der Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt – der *War for talents* – nimmt an Schärfe zu.

Hinzu kommt:
- Einzelne Berufsgruppen, wie zum Beispiel die Gesundheits- und Krankenpfleger, sind besonderen Belastungen ausgesetzt. So weist das Statistische Bundesamt in einer Studie, veröffentlicht am 18. August 2009, darauf hin: Steigende Patientenzahlen und Verkürzungen der Verweildauer in Krankenhäusern führen bei gleichzeitigem Pflegepersonalabbau zu einer Arbeitsverdichtung. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2007 sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger bezogen auf Schichtarbeit, Wochenend- und Feiertagsarbeit sowie Nachtarbeit besonders stark belastet. Es wurde weiter deutlich, dass diese Berufsgruppe besonders häufig unter arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen leidet. Zudem ist ihre Tätigkeit im besonderen Ausmaß durch schwierige Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten sowie Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gekennzeichnet.
- Die Schere zwischen den Anforderungen an die Krankenhaus-Belegschaften und deren Leistungsfähigkeit öffnet sich immer mehr.
- Die Qualität der Beschäftigungsverhältnisse wird geringer (Dathe et al., S. 3).
- Die Personalausstattung entspricht in Folge der Bindung der Personalkosten an die

43 Das ist allerdings umstritten. Der Anteil der älteren und alten Menschen an der Bevölkerung wird zwar zunehmen. Es zeigt sich allerdings, dass sich eine zunehmende Zahl älter werdender Menschen ihre gute Gesundheit auch bis in das höhere Alter hinein bewahren kann.

geringer werdenden Erlöse immer häufiger nicht mehr dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit (zu Bedarfsgerechtigkeit s. Naegler et al., S. 83f.). Finanzierte Stellen können wegen des sich abzeichnenden Mangels an Bewerbern – dieses gilt derzeit insbesondere für Ärzte – vermehrt nicht oder nicht zeitgerecht besetzt werden.
- Die Qualifikation der Bewerber entspricht zunehmend nicht den Anforderungen der zu besetzenden Stellen.
- Die Krankenhaus-Belegschaften werden älter.

Umso mehr kommt es darauf an, die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern so zu gestalten, dass die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter bis zu ihrem altersbedingten Ausscheiden aus dem Berufsleben möglichst nicht geringer wird oder dass der Prozess der Leistungsfähigkeits-Minderung zumindest verlangsamt wird. Dabei werden unter den Arbeitsbedingungen die Anforderungen, die sich aus der wahrzunehmenden Aufgabe ergeben, die Arbeitsumgebung, die Organisation der Arbeit (einschließlich Führungskonzept und Arbeitszeitgestaltung) sowie die Entlohnung der Arbeit verstanden. Zu den Arbeitsbedingungen zählt schließlich auch die Unterstützung der Mitarbeiter durch den Arbeitgeber, damit die Mitarbeiter ihren Verpflichtungen gegenüber ihren Familien nachkommen können. Welche Faktoren es im Einzelnen sind, die zu der vorzeitigen Minderung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und möglicherweise auch zu deren vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess beitragen können und die deshalb Ansätze für die Korrektur der Arbeitsbedingungen sein sollten, ist der Tabelle 9 zu entnehmen.

Zu den Maßnahmen, die dem Erhalt der Leistungsfähigkeit älter werdender Mitarbeiter dienen, zählen auch Maßnahmen der Personalentwicklung. Diese sind notwendig, damit auch alte Mitarbeiter über die dem neuesten Stand der Wissenschaft und Praxis entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Sie sind damit im Stande, weiterhin besonders gute Leistungen zu erbringen; sie können im internen Wettbewerb um Anerkennung und Wertschätzung mit den jüngeren Mitarbeitern bestehen. Personalentwicklungs-Maßnahmen sind aber auch erforderlich, um die älter werdenden Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben auf der Grundlage geänderter Arbeitsbedingungen erfolgreich wahrzunehmen.

Der Spielraum der Geschäftsführung für Entscheidungen im Sinne der alternsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen wird unter an-

Tab. 9 Faktoren, die ein erhöhtes Risiko für die – vor allem älteren – Arbeitnehmer bedeuten (in Anlehnung an Ilmarinen, S. 28f.)

Zu hohe physische Arbeitsanforderungen	Belastende und gefährliche Arbeitsumgebung	Mangelhaft organisierte Arbeit
statische Muskelarbeit	schmutzige oder nasse Arbeitsumgebung	Rollenkonflikte
hoher Krafteinsatz	Unfallrisiko	Kontrollieren und Angreifen
Heben und Tragen	Hitzearbeit	Angst vor Fehlleistungen
sonstige Spitzenbelastungen	Kältearbeit	Mangel an Freiheitsgraden
repetetive Arbeit	rasche Temperaturänderungen	Zeitdruck
gleichzeitig gebeugte und gedrehte Körperhaltung		Mangel an Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit
		Mangel an beruflicher Perspektive
		mangelhafte Anerkennung durch den Vorgesetzten
		unzureichende Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie[1]

1 Der Marburger Bund startete bereits im Jahre 2007 die Kampagne „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ und bekräftigte anlässlich eines Workshops am 29. Oktober 2009 in Hamburg die mit dieser Kampagne verfolgten Ziele.

derem von den folgenden Stakeholder-Anliegen geprägt.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen der Altersstruktur der Krankenhaus-Belegschaften

Entscheidung der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung beschließt, die Arbeitsbedingungen alternsgerecht weiter zu entwickeln.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und niedergelassene Ärzte
Patienten, die im Einzugsbereich des Krankenhauses lebenden Menschen und die einweisenden Ärzte werden es honorieren, wenn die Geschäftsführung ihren älter werdenden Belegschaften Arbeitsbedingungen anbietet, die das alternsbedingte Absinken der Leistungsfähigkeit verlangsamen und die verhindern können, dass älter werdende Mitarbeiter vorzeitig aus dem Arbeitsprozess ausscheiden müssen. Sie begrüßen es deshalb, weil sie es zu schätzen wissen, dass sie von Experten versorgt werden, die neben ihrem Fachwissen auch über eine langjährige Berufs- und Lebenserfahrung verfügen und auf dieser Grundlage die spezifischen Bedürfnisse kranker und alter Menschen sehr viel besser befriedigen können als dies die jungen Mitarbeiter, die zwar die modernen medizinischen Methoden beherrschen, leisten können.

Mitarbeiter
Die Mitarbeiter begrüßen einerseits die Ausrichtung der Arbeitsbedingungen an ihre sich altersgemäß ändernde Leistungsfähigkeit. Ihre Bedürfnisse nach Sicherheit im Sinne des Bewältigens ihrer Aufgaben – vor allem als Agent ihrer Patienten – auch noch im höheren Alter und des Erhalts ihres bisherigen Arbeitsplatzes, nach Zugehörigkeit zu der gewohnten Arbeitsgruppe, nach Wertschätzung und nach Entfaltung ihrer Persönlichkeit auch noch im höheren Alter werden damit befriedigt.

Sie befürchten andererseits, nicht imstande zu sein, den geänderten Anforderungen gerecht werden zu können, und nicht über die Entwicklungspotenziale für die erfolgreiche Anpassung ihrer Fähigkeiten an die neuen Anforderungen zu verfügen. Weil aber die Gefahr besteht, dass es der Geschäftsführung nicht gelingen könnte, eine ausreichend hohe Zahl qualifizierter Mitarbeiter für eine Tätigkeit im Krankenhaus zu gewinnen und dort über eine längere Zeit zu binden, werden sie ihre Bedenken überwinden und alle Anstrengungen unternehmen, um ihre Kompetenzen entsprechend den geänderten Anforderungen ausbauen zu können.

Führungskräfte
Die Aufgabe der Führungskräfte wird es sein, die Entscheidungen der Geschäftsführung, die geänderten Arbeitsbedingungen betreffend, zu realisieren. Sie werden die Geschäftsführung in diesem Sinne unterstützen, obwohl – dies gilt vor allem für die älteren von ihnen – es ihnen nicht leicht fallen wird, ein modernes Führungskonzept, das den Bedürfnissen der Mitarbeiter nach mehr Demokratie am Arbeitsplatz, Wertschätzung, Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung entgegen kommt, umzusetzen.

Krankenkassen; Eigentümer
Die dauerhafte Existenz des Krankenhauses hängt vor allem von der Verfügbarkeit über eine ausreichende Zahl gut qualifizierter und motivierter Mitarbeiter ab. Deshalb werden die Krankenkassen und der Eigentümer des Krankenhauses die Geschäftsführung bei deren Investitionen in alternsgerechte Arbeitsbedingungen unterstützen – auch wenn dadurch kurzfristig die Kosten steigen werden und der Eigentümer seine Renditeerwartungen vorübergehend reduzieren muss.

4.4.2 Finanzielle Rahmenbedingungen

Wenn anschließend von finanziellen Rahmenbedingungen gesprochen wird, dann wird damit ausschließlich die Seite der Mittelherkunft zum Thema gemacht. Die Seite der Mittelverwendung – also die Beantwortung der Frage, welche Handlungen mit welchen Folgen Kostenveränderungen auslösen – bleibt außen vor.

Es bietet sich an, in diesem Sinne von zwei Arten von finanziellen Rahmenbedingungen auszugehen (Naegler et al., S. 12f.), weil die Entscheidungen, die von Veränderungen des finanziellen Rahmens für die Krankenhausleitungsarbeit ausgelöst werden, für die einzelnen Stakeholder – in Abhängigkeit von der Art der Rahmenbedingungen – unterschiedliche Folgen haben können. So lassen sich

- finanzielle Rahmenbedingungen struktureller Art – wie zum Beispiel der Ersatz des über eine lange Zeit hinweg praktizierten durch ein pauschalierendes Entgelt-System (zu dem DRG-System s. Behrends, S. 79ff.) – von
- finanziellen Rahmenbedingungen materieller Art – wie zum Beispiel die Änderung des für die Bezahlung der Krankenhausleistungen durch die Krankenkassen bzw. Patienten maßgeblichen Basisfallwert –

unterscheiden.

Das bisher (bis 1992) zu praktizierende System zur Abrechnung der Krankenhausleistungen war, weil es Elemente eines Selbstkostendeckungsprinzips beinhaltete und von einer Struktur ausging, die nicht auf dem Behandlungsprozess und einem einheitlichen Prozess-Endprodukt basiert, sondern Teilprodukte abrechnete, nicht dazu geeignet, eine hohe Behandlungs- und Servicequalität sowie ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis zu belohnen. Es hat zu der Entwicklung von Management-Verhalten und -Praktiken beigetragen, die die negativen systemimmanenten Tendenzen noch verstärkten.

Infolge der deshalb notwendig gewordenen neuen gesetzgeberischen Vorgaben (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]) ändern sich die Rahmenbedingungen sowohl für das Gesundheitswesen insgesamt als auch die für die einzelnen Krankenhäuser grundlegend. Die Abrechnung der Krankenhausleistungen auf der Basis eines pauschalierenden Entgeltsystems stellt die Geschäftsführung der Einrichtungen im Gesundheitswesen im allgemeinen und das der Krankenhäuser im besonderen vor neue Betriebsführungs-Herausforderungen.

Es wurde erwartet und lässt sich ansatzweise bereits beobachten, dass die neuen formalen Rahmenbedingungen zu einer Umorientierung von der reinen Aufgabenerfüllung und vom Denken in Zuständigkeiten hin zu der weiter verstärkten Ausrichtung der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse an der Befriedigung von Patienten- bzw. Kundenbedürfnissen beitragen werden. Die Interessen der Patienten und der sie einweisenden Ärzte einerseits und die der Geschäftsführung andererseits hinsichtlich der Gestaltung der Verweildauer sind weitgehend gleichgerichtet: Während die Patienten und die sie einweisenden Ärzte schon immer an einem in der Regel möglichst kurzen Aufenthalt der Patienten im Krankenhaus interessiert waren, hat nunmehr auch die Geschäftsführung nicht mehr das Interesse, die Patienten aus Gründen der Erlösmaximierung möglichst lange im Krankenhaus zu behalten, und leistet mit dieser Neuorientierung einen Beitrag gleichermaßen zu der Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie der Behandlungseffektivität und -effizienz.

Es stellt sich künftig nicht mehr die Frage: „Wie viele Tage wird der Patient voraussichtlich im Krankenhaus verbringen müssen?“, sondern: „Wie viel Zeit darf die Behandlung in Anspruch nehmen und wie viele Tage darf der Patient deshalb höchstens im Krankenhaus bleiben?“ Abweichungen nach oben und unten von einer je Krankheitsbild definierten Length of Stay (LOS) sind in dem neuen Abrechnungssystem vorgesehen und lösen von der DRG-Pauschale abweichende Vergütungen aus.

Die Abrechnung mithilfe von DRG’s wird nicht nur zu einer grundlegend neuen Zielsetzung, dem Target Timing, führen; das Target Timing zielt auf eine zeitorientierte Koordination aller Leistungsbereiche des Krankenhauses ab. Sie wird ferner zu einer fallbezogenen Organisation des Krankenhauses anregen und damit dem Geschäftsprozessmanagement als Instrument der Geschäftsführung zu mehr Bedeutung als bisher verhelfen.

Viele Experten erwarten, dass die Erlöse in einer ganzen Reihe von Krankenhäusern künftig möglicherweise nicht mehr ausreichen werden, die Kosten der stationären Patientenversorgung zu decken. Die Konkurrenz zwischen den Bedürfnissen der Patienten nach einer den aktuellen medizinischen Erkenntnissen entsprechenden Versorgung, nach einer evidence-based-medicine, den Bedürfnissen der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherung und nach einer angemessenen Entlohnung ihrer Tätigkeit, den Forderungen der Politik nach Stabilisierung der Krankenkassen-Beiträge und den Erwartungen der Krankenhaus-Eigentümer nach einer angemessenen Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals nimmt an Schärfe zu.

Die Veränderungen der finanziellen Rahmenbedingungen struktureller Art sind durch einschlägige Gesetze vorgegeben und müssen von der Geschäftsführung umgesetzt werden. Gleiches gilt für die Relativgewichte (s. Behrends, S. 79), die zusammen mit dem Basisfallwert die Obergrenze für die Verursachung der Kosten und damit für den Ressourceneinsatz markieren. Einen – allerdings sehr engen – Handlungsspielraum hat die Geschäftsführung in Bezug auf die Gestaltung des Basisfallwertes.

Die Konsequenzen, die die Geschäftsführungen in Folge der Veränderungen der finanziellen Rahmenbedingungen materieller Art hinsichtlich der Betriebsführung ziehen werden, sind in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich. Sie reichen von

1. Nichtstun und darauf hoffen, dass sich einiges von alleine zum Besseren wendet über
2. den Versuch der Erlösmaximierung durch entsprechende Kodier-Anstrengungen,
3. die Rationierung von Leistungen bis zu

4. der Standardisierung der Behandlungsprozesse und der für die Behandlung einzusetzenden Ressourcen sowie dem Schaffen der dafür notwendigen, am Behandlungsprozess ausgerichteten Strukturen.

Welche Strategien von dem Management in den etwa 2.200 Krankenhäusern in Deutschland verfolgt werden, ist noch nicht ausgemacht. Viele werden es mit den Strategien 1 bis 3 versuchen, bis es sich herausstellt, dass sich damit ein gutes Gesamtergebnis für alle Beteiligte und Betroffene im Sinne einer effizienten Patientenbehandlung auf hohem qualitativem Niveau nicht erreichen lässt. Die unternehmerisch denkenden und handelnden Geschäftsführungen werden dagegen auf die Strategie 4 setzen und damit trotz weniger Ressourceneinsatz – damit sind vor allem die personellen Ressourcen gemeint – eine bessere Krankenbehandlung ermöglichen (Hildebrand 2008, S. 5). Die Reduzierung des Ressourceneinsatzes wird aufgefangen durch die Verbesserung der Strukturen und der Arbeitsabläufe und vor allem durch die Konzentration auf das medizinisch wirklich Notwendige. Die Geschäftsführung macht deutlich, dass sie der Realisierung einer an evidence-based-medicine und ethischen Grundsätzen orientierten Behandlung mit einem nachweislich guten Behandlungsergebnis verpflichtet ist.

In der Annahme, dass sich die Strategie 4 letztlich durchsetzen wird, ist auch diese nur Gegenstand der weiteren Untersuchung. Es ist zu prüfen, welche Bedürfnisse der verschiedenen Stakeholder betroffen sind, wenn sich die Geschäftsführung für ein – auch was dessen Umsetzung anbelangt – ambitioniertes Programm entscheidet. Die weiteren Betrachtungen stellen die Reaktionen auf die Standardisierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes in den Vordergrund (s. folgenden Textabschnitt). Die Reaktionen auf die in Folge der geänderten Finanzierungsregeln zu erwartenden Veränderung der Aufbauorganisation sind Gegenstand des Kapitels 4.3.4, Krankenhausinterne Veränderungen.

Stakeholder und deren Anliegen, bezogen auf Veränderungen der Finanzierung

Entscheidung der Geschäftsführung

Standardisierung der Behandlungsprozesse und der für die Behandlung einzusetzenden Ressourcen sowie Schaffen der am Behandlungsprozess ausgerichteten Strukturen.

Stakeholder und Stakeholder-Anliegen

Patienten, Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und niedergelassene Ärzte
Ein Teil der „Kunden“ des Krankenhauses wird diese Strategie begrüßen und im Bedarfsfall mit der Präferierung des Krankenhauses honorieren. Dabei gehen sie davon aus, dass ihr Bedürfnis nach im Bedarfsfall uneingeschränktem Zugang zu medizinischen Leistungen sowie nach hoher Behandlungssicherheit und -qualität, wobei mit Letzterer vor allem auch die Reduzierung der Behandlungsdauer auf das medizinisch Notwendige gemeint ist, mehr als bisher befriedigt wird.

Eine zweite Gruppe von „Kunden“ wird – nicht selten beeinflusst durch kritische Stimmen aus dem Kreis der Mitarbeiter und der Personalvertretung und meist unbegründet – befürchten, dass die Reduzierung des Ressourceneinsatzes zu einer Verringerung der Behandlungssicherheit und -qualität führen wird. Sie werden deshalb versuchen, das Umsetzen der Pläne der Geschäftsführung zu verhindern.

Mitarbeiter
Die Veränderung der Strukturen und der Arbeitsabläufe, verbunden mit dem konsequenten Verzicht auf nicht Notwendiges lösen bei den Mitarbeitern mehrere Arten von Reaktionen aus. Diese Reaktionen sind geprägt durch die Rolle der Mitarbeiter als Agenten der Patienten und ihren beiden Individualzielen – bestmögliche Behandlung der Patienten und Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse (Naegler et al., S. 267) –, deren Realisierung sie mit der Wahrnehmung ihrer Aufgaben verfolgen. Je nachdem, welches dieser Individualziele primär das Verhalten der Mitarbeiter steuert, werden diese unterschiedlich auf die Pläne der Geschäftsführung reagieren:

- *Eine erste Gruppe von Mitarbeitern* sieht mit den geplanten Maßnahmen die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Sicherheit gefährdet. Sie befürchten, den neuen Anforderungen möglicherweise nicht gerecht werden zu können. Sie sind in Sorge, dass sie ihren Arbeitsplatz möglicherweise verlieren werden und/oder Einkommens-Einbußen hinnehmen müssen. Sie werden deshalb versuchen, die von der Geschäftsführung geplanten Entscheidungen zu verhindern und/oder deren Verwirklichung zu unterlaufen.
  Ein Teil dieser Gruppe wird ihre Haltung im Einklang mit der eher skeptischen Grundhaltung der zweiten Gruppe von Krankenhaus-„Kunden“ und sich damit in ihrer eignen Sichtweise bestärkt sehen. Sie werden deshalb auch unter Einbeziehung der Reaktion der „Kunden“ bei ihrer ablehnenden Haltung bleiben.
  Eine zweite Teil-Gruppe von Mitarbeitern sieht sich mit ihrer Haltung im Widerspruch zu den Erwartungen der

ersten Kunden-Gruppe und hat deshalb das Problem, sich entscheiden zu müssen, welches ihrer beiden Individualziele ihre Haltung zu den Plänen der Geschäftsführung entscheidend prägen soll. So ist es durchaus denkbar, dass sie ihre Bedenken bezüglich der Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse zurückstellen und sich zu Gunsten ihrer Patienten für die Unterstützung der Pläne der Geschäftsführung entscheiden.

- *Eine andere Gruppe von Mitarbeitern* versteht die geplanten Änderungen nicht als Bedrohung, sondern als Chance, vor allem aber als Chance für die langfristige finanzielle Sicherung des Krankenhauses und der von ihm vorgehaltenen Arbeitsplätzen. Sie erhoffen sich im Gegensatz zu der ersten Mitarbeiter-Gruppe ein erhöhtes Maß an Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Sicherheit; dabei gehen sie davon aus, dass mittels der geplanten Maßnahmen zwar nicht jeder Arbeitsplatz, in jedem Falle aber ihr eigener langfristig gesichert ist. Sie erwarten auf der Grundlage neuer Strukturen und Arbeitsabläufe die Zunahme der Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung und werden deshalb die Pläne der Geschäftsführung unterstützen.
  Aber auch die Mitglieder dieser Mitarbeitergruppe sind sich wegen ihrer Agentenrolle in ihrer Haltung zu den Plänen der Geschäftsführung nicht einig. Je nachdem, welches ihrer beiden Individualziele ihre Reaktion prägt, wird es auch in dieser Gruppe Vertreter geben, die bei der schon skizzierten Haltung bleiben, während sich andere doch noch im Sinne der eher skeptischen Grundhaltung der zweiten „Kunden“-Gruppe umorientieren und die Pläne der Geschäftsführung ablehnen.

Führungskräfte
Auch die Führungskräfte sind uneins in ihrer Haltung zu den Plänen der Geschäftsführung. Einerseits werden sie in Loyalität zu ihren Mitarbeitern, aber auch, weil sie deren Argumente akzeptieren, wie diese reagieren – also einerseits zustimmend und zum anderen ablehnend.

Auch die Führungskräfte sind Agenten der Patienten und werden deshalb ihre Haltung anhand der unterschiedlichen Reaktionen der beiden „Kunden“-Gruppen überprüfen. Sie werden sich – wie ihre Mitarbeiter – entweder in ihrer ablehnenden Haltung bestärkt sehen oder unter Hintanstellen ihrer Befürchtungen bezüglich der Konsequenzen für sie persönlich der Geschäftsführung helfen, deren Pläne zu realisieren.

Krankenkassen
Die Krankenkassen haben ein großes Interesse daran, dass die Qualität der stationären Behandlung trotz der Verknappung der zur Verfügung stehenden Mittel mindestens aufrechterhalten wird. Sie werden deshalb die Geschäftsführung bei der Realisierung der geplanten Veränderungen unterstützen.

Eigentümer
Der Eigentümer des Krankenhauses wird in Abhängigkeit davon, ob er sein Engagement als ein kurz- und mittelfristiges sieht oder ob er sich auf längere Zeit binden will, reagieren. Eine eher kurz-/mittelfristige Orientierung führt zu einer Ablehnung der Pläne der Geschäftsführung und zu dem Versuch, die Geschäftsführung zu den Alternativ-Strategien zu bewegen. Der Eigentümer, der sich längerfristig engagiert, wird die Geschäftsführung bei der Realisierung der Alternative 4. unterstützen.

5 Soziale Verantwortung im Krankenhaus

5.1 Einführung

In den Kapiteln 6 und 7 wird untersucht werden, welche Voraussetzungen in einem Krankenhaus geschaffen werden müssen, damit dort das Konzept des „Managements der sozialen Verantwortung" wirksam werden kann, und wie zu diesem Zweck das neue Management-Konzept in die Organisation des Krankenhauses verankert werden muss. Zum besseren Verständnis dieser Ausführungen ist es notwendig, unter Verwendung der in Kapitel 2 erarbeiteten Definitionen zu analysieren, was unter sozialer Verantwortung unter den besonderen Bedingungen, die für das Managen eines Krankenhauses prägend sind (s. Kap. 4), verstanden werden soll; Letzteres ist Gegenstand der nun folgenden Ausführungen.

Verantwortung lässt sich anhand von vier konstitutiven Elementen charakterisieren (in Anlehnung an Göbel 2006, S. 99ff. und Hunziker, S. 16):

1. Es wird der Inhalt der Verantwortung benannt, der aus der Aufgabe des Unternehmens und den Aufgaben der Verantwortungsträger entwickelt wird (Für was tritt ein Verantwortungsträger ein? – s. Kap. 5.3).
2. Die Verantwortung wird einem Verantwortungsträger zugeschrieben (Wer tritt für etwas ein? – s. Kap. 5.4).
3. Es existiert ein Adressat der Verantwortung (Gegenüber wem tritt der Verantwortungsträger für etwas ein? – s. Kap. 5.5).
4. Es gibt eine Kontrollinstanz (Vor wem muss sich der Verantwortungsträger für etwas verantworten? – s. Kap. 5.6).

Angesichts der engen Beziehungen vor allem zwischen den beiden ersten Elementen der Verantwortung – so sind zum Beispiel bestimmte Inhalte der Verantwortung zwingend einem Verantwortungsträger zugeschrieben – sind Überschneidungen und Wiederholungen zwischen den beiden Kapiteln 5.3 und 5.4 nicht gänzlich auszuschließen.

Die Motive und die Ziele des Managements der sozialen Verantwortung im Krankenhaus prägen die krankenhausspezifischen Inhalte der Verantwortungsbegriff-Elemente. Deshalb sollen die weiteren Betrachtungen mit der Beschreibung der Motive und Ziele begonnen werden.

5.2 Motive und Ziele für ein Management der sozialen Verantwortung

Sollen die Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung Bestandteil der Unterneh-

mens- und der Führungsgrundsätze werden und damit in Zukunft unternehmerisches Handeln der verschiedenen Akteure des Krankenhauses leiten? Geht es um die Legitimierung des Handelns jener Führungskräfte und Mitarbeiter, die sich schon immer – zwar nicht explizit – für die Interessen von Stakeholdern, und hier sind insbesondere die Patienten und die Mitarbeiter des Krankenhauses gemeint, einsetzen? Wird das Praktizieren des Managements der sozialen Verantwortung als vertrauensbildende Maßnahme und als Alleinstellungsmerkmal verstanden, damit sich das Krankenhaus angesichts des schärfer werdenden Wettbewerbs auf den verschiedenen Märkten auch in Zukunft erfolgreich behaupten kann? Oder geht es der Geschäftsführung vor allem darum, ein Management-Instrument zu implementieren, mit dessen Hilfe die vielen Ziel- und Verteilungs-Konflikte, die die Arbeitssituation der Akteure im Krankenhaus immer wieder und immer öfter bestimmen, besser lösen zu können?

Alle Fragen lassen sich positiv beantworten. Aus jeder der Antworten lässt sich deshalb ein Motiv für die Entwicklung und Implementierung eines neuen Management-Konzepts ableiten. Hauptsächlich geht es aber den Unternehmen um die Suche nach Instrumenten für die Überwindung der vielen sich abzeichnenden Konflikte.

Die vielen Konflikt-Felder, die die Geschäftsführung eines Krankenhauses veranlassen könnten, ein besseres Management-Konzept, nämlich das „Management der sozialen Verantwortung", entwickeln zu lassen und zu implementieren, wurden in Kapitel 1 – allerdings eher essayhaft – dargestellt. Sie werden hier noch einmal thesenartig zusammengefasst und ergänzt:

These 1

Probleme der Verteilung der Finanzmittel, die der Gesellschaft zur Verfügung stehen, gibt es auf drei Allokationsebenen (Schmidt; Gutmann, S. 18):

- Auf der Makroebene wird entschieden, welche Anteile der Finanzmittel, die der Gesellschaft insgesamt zur Verfügung stehen, den gesellschaftlichen Teilsystemen (unter anderem Gesundheit, Soziales und Bildung) jeweils zugewiesen werden sollen.
- Auf der nächsten Ebene – der Mesoebene – stellt sich die Frage, wie die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel auf die verschiedenen Leistungsbereiche – wie zum Beispiel Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken – verteilt werden sollen.
- Auf der Mikroebene erfolgt die Zuweisung der dem einzelnen Leistungserbringer zur Verfügung stehenden Mittel auf einzelne Leistungsbereiche des Krankenhauses bzw. auf die Behandlung einzelner Patienten.

These 2

Die in den letzten Jahren auf den beiden ersten Ebenen gefällten Allokationsentscheidungen haben dazu geführt, dass den Krankenhäusern immer weniger Mittel für die Finanzierung der Investitions- und der Betriebskosten zur Verfügung stehen. Verschärft wird die dadurch ohnehin schon angespannte Situation, weil Krankenhäuser Gewinne erzielen müssen, um die durch Investitionen verursachten Kosten – weil diese Kosten durch den Staat nur noch zu einem Teil durch die Bereitstellung von Fördermitteln gedeckt werden – selbst finanzieren zu können. Der Wettbewerb innerhalb der Krankenhäuser um die knapper werden Ressourcen nimmt deshalb an Heftigkeit zu.

- Immer häufiger kommt es zu Rationierungs-Diskussionen, ausgelöst durch die Frage, ob nicht dem einen Patienten Ressourcen entzogen werden müssen, um sie für den Patienten einzusetzen, der sie möglicherweise dringender benötigt. Die Führungskräfte und die Mitarbeiter sehen sich gezwungen zu entscheiden, welcher Patient welche therapeutische Leistung erhalten bzw. nicht erhalten soll oder welchem Patienten sie welchen Teil ihrer Arbeitszeit widmen und um welche Patienten sie sich möglicherweise weniger kümmern werden.
- Ein Konflikt kann auch dann ausgelöst werden, wenn sich die Geschäftsführung zwischen der Rolle des Krankenhauses als Technologie-Führer oder der eines Krankenhauses, in dem die situativ, emotional geprägte Interaktion zwischen dem Patienten und dem therapeutischen Team im Mittelpunkt steht, entscheiden muss. Das Technologieführer-Krankenhaus bindet in ausgewählten Leistungsbereichen Finanzmittel und Mitarbeiter, die anderen Leistungsbereichen fehlen – wenn nicht durch die Behandlung komplizierterer Krankheiten, zu deren Diagnostik und Therapie die aufwändigere Medizin-Technik benötigt wird, höhere Erlöse als Grundlage für die Finanzierung zusätzlichen Personals lukriert werden können.

These 3
Zu einem Zielkonflikt kann es auch hinsichtlich der Behandlung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten und der Behandlung privat versicherter bzw. selbst zahlender Patienten kommen, wenn den zuletzt genannten Patienten Leistungen zur Verfügung gestellt werden, die über den Standard hinausgehen, der nach den Regeln des SGB V für die Behandlung von Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist und der auf der Basis der einschlägigen gesetzlichen Vorgaben finanziert wird.

Beispiel

So betreibt die Vivantes GmbH für die zuletzt genannten Patientengruppen seit dem 1. Januar 2009 KomfortKliniken mit gegenüber den Normalstationen deutlich gehobenem, an Hotel-Standard ausgerichtetem Service und Komfort.

Dieser Konflikt entsteht nicht, solange die zusätzlichen Ressourcen, die den Privatpatienten zwecks Verbesserung des Services und des Komforts über das für die Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Maß zur Verfügung gestellt werden, von den Privatpatienten in vollem Umfang finanziert werden und somit den Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorenthalten werden. Ein Konflikt entsteht aber dann, wenn in Folge der demografischen Entwicklung Mitarbeiter – obwohl durch die von den Privatpatienten entrichteten Entgelte finanzierbar – nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen, Personalknappheit also nicht die Konsequenz fehlender Finanzmittel ist. Nun muss entschieden werden, ob den privat versicherten bzw. selbst zahlenden Patienten ein besserer Service und ein höherer Komfort zu Lasten der Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung geboten werden soll.

These 4
Frei werdende Stellen werden – entweder weil deren Finanzierung nicht mehr gegeben ist oder weil in Folge der demografischen Entwicklung Bewerber nicht zur Verfügung stehen – nicht besetzt. Die Belastung der Mitarbeiter steigt – und dies bei älter werdenden Belegschaften. Die Geschäftsführung sieht sich mit der Entscheidung konfrontiert, ob sie die Mehr-(oder Über-)belastung der Mitarbeiter durch weniger Leistungen für die Patienten ausgleichen soll.

These 5
Zunehmend stehen Ärzte und Pflegende vor einem von ihnen allein kaum zu lösenden Problem, nämlich auf der einen Seite verantwortlich zu sein für das Wohlergehen der Patienten und andererseits die Interessen andere Stakeholder (Krankenkassen, Eigentümer u.a.) vertreten zu müssen. Wenn die Krankenkassen die Reduzierung der „Preise“ für die Behandlung der Patienten betreiben und die Eigentümer eine möglichst hohe Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals erwarten und die Geschäftsführung des Krankenhauses von den Führungskräften und den Mitarbeitern verlangt, dass diese ihre Entscheidungen so fällen, dass diese beiden Anliegen befriedigt werden können, dann werden die Führungskräfte und die Mitarbeiter einem Konflikt ausgeliefert, den diese nicht lösen können und der – wenn er längere Zeit bestehen bleibt – möglicherweise krank macht.

These 6
Schon seit einiger Zeit bedient sich das Gesundheitsmanagement vieler, für das Gesundheitswesen neuer Vokabeln – wie zum Beispiel „Gesundheitsmarkt“, „Marktorientierung“, „Dienstleistung“, „Produkt“ und „Produkteigenschaften“ –, um das Geschehen in einem Krankenhaus und um die Beziehungen zwischen den Krankenhäusern einerseits sowie zum anderen zwischen den Krankenhäusern und den Patienten, niedergelassenen Ärzten und anderen mit der Patientenversorgung befasster Personen und Institutionen eindeutig beschreiben zu können. Die Verwendung der meist nur den Experten geläufigen Begriffe aus der Mikro- und Makroökonomie löst bei Patienten und Mitarbeitern Unsicherheit, ja vielfach Angst aus.

Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung und Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation können aber nur dann erreicht werden, wenn die Geschäftsführung die von ihr entwickelten Konzepte erläutert und begründet, und zwar in einer Sprache, die die Patienten und Mitarbeiter verstehen. Nur auf der Basis des auf diese Weise angestoßenen Dialogs werden Patienten und Mitarbeiter die Pläne der Geschäftsführung für sich als „gut“ akzeptieren können (Wehkamp; Keitel, S. 17).

These 7
Praktiker und Wissenschaftler sehen in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens eine Ent-

wicklung voraus, die zu Lasten sowohl der Patienten als auch der Beschäftigten in den Medizinbetrieben gehen wird. Ihre Kritik richtet sich dagegen, dass der Patient zunehmend nur noch als eine Summe verschiedener, zu erledigender Aufgaben wahrgenommen und dass deren Erledigung ausschließlich nach ökonomischen Kategorien organisiert wird. Die Prinzipien der Daseinsvorsorge, der Humanitas, der Caritas und der Solidarität als Grundlage für die Patientenbehandlung und für den Umgang der in den Medizinbetrieben beschäftigten untereinander treten immer mehr in den Hintergrund.

!

Es gibt also eine Vielzahl von Entwicklungen, die dazu beitragen, dass die Verantwortung, die dem Krankenhaus zugeschrieben wird, neue Dimensionen erlangt. Es wird immer schwieriger, einen Ausgleich der unterschiedlichen Interessen herbeizuführen. Es bedarf deshalb einer Neuorientierung des Managements sowohl in seiner personellen, institutionellen wie auch in seiner funktionalen Ausprägung sowie der Unterstützung der Geschäftsführung, der Führungskräfte und aller Mitarbeiter durch ein besseres Management-Instrument, damit diese auch unter den geänderten Voraussetzungen sozial verantwortlich handeln können.

5.3 Der Inhalt der Verantwortung

5.3.1 Charakterisierung

Überblick

In Kapitel 2 wurde im Einzelnen dargestellt, was im Rahmen dieser Untersuchung unter „sozialer Verantwortung“ verstanden werden soll. Ausgehend von dieser mehr allgemeinen Begriffsbestimmung soll in diesem Kapitel 5.3 beschrieben werden, was – bezogen auf das Managen eines Krankenhauses – mit „sozialer Verantwortung“ gemeint ist. Es geht hier um die Beantwortung der Frage, worin vernünftigerweise die Verantwortung des Krankenhauses und die Verantwortung der Geschäftsführung, der Führungskräfte und der Mitarbeiter des Krankenhauses liegt (Suchanek; Lin-Hi, S. 9).

Diese Frage lässt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur dann beantworten, wenn man auf eine funktionale Ausdifferenzierung weitgehend verzichtet und nicht versucht, die spezifische Verantwortung zum Beispiel des Leiters einer klinischen Abteilung auf der einen Seite und die des Leiters der Personalabteilung auf der anderen Seite zu beschreiben (Vogd, S. 32). Dieses konsequent umgesetzt würde den zur Verfügung stehenden Rahmen wahrscheinlich sprengen. Ein anderer Ansatz für die Lösung des methodischen Problems besteht darin, Verantwortung gewissermaßen auf einer Meta-Ebene für Verantwortungsträger-Gruppen – Krankenhaus, Geschäftsführung, Führungskräfte und Mitarbeiter – darzustellen und mit Blick auf Gruppen von Adressaten der Verantwortung zu differenzieren.

Beide Lösungsansätze werden hier insofern kombiniert, als – um bei dem Beispiel zu bleiben – die Leiter von Leistungsbereichen des Krankenhauses zunächst ganz allgemein ausschließlich als Führungskräfte mit Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern und anderen Stakeholdern gesehen werden. Wenn die funktionale Ausdifferenzierung zum besseren Verständnis hilfreich ist, wird zusätzlich danach gefragt, welchen Beitrag zur Behandlung der Patienten zum Beispiel der Leitende Arzt auf der einen Seite und der Leiter eines Servicebereiches zum anderen zu leisten verpflichtet sind.

Eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage – Für was tritt ein Verantwortungsträger ein? – wird gefunden, indem zunächst ein kurzer Überblick über

1. Verantwortungstypen und über
2. die Inhalte von Verantwortung, differenziert nach den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems gegeben wird und im Anschluss daran
3. die für Krankenhäuser spezifischen Arten von Verantwortung in Verbindung mit den Trägern der Verantwortung dargestellt werden (s. Kap. 5.4).

Typen von Verantwortung

Der Begriff „Verantwortung“ ist ein mehrstelliger Beziehungsbegriff (Lenk, S. 33ff.) – ein Beziehungsbegriff deshalb, weil von Verantwortung nur dann gesprochen werden kann, wenn es einen Verantwortungsträger gibt, der gegenüber einem Adressaten für etwas einsteht. Dieses Einstehen für etwas kann unterschiedlich verstanden werden:

- Einerseits spricht man von Aufgaben- bzw. Rollenverantwortung. Jede Person/Institution, der eine Aufgabe übertragen worden ist, übernimmt damit auch Rollenverpflichtungen und hat diese verantwortlich auszufüllen. So haben Krankenhäuser z.B. als spezifische Form ihrer Rollenverantwortung eine Vorsorgeverantwortung gegenüber der in dem Einzugsgebiet des Krankenhauses wohnenden Bevölkerung. Sie stellen durch das Bereitstellen der erforderlichen Kapazitäten und Ressourcen sicher, dass die Einwohner im Bedarfsfall medizinische Hilfe erhalten können.
  Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten haben auf Grund ihrer Rolle als Mitglied eines therapeutischen Teams eine Fürsorgeverantwortung gegenüber Patienten.
  Die Mitglieder eines Aufsichtsrats haben eine Vermögensfürsorgeverantwortung gegenüber den Eigentümern des Unternehmens (Regierungskommission, 1. Präambel).
- Es gibt zum anderen die Handlungs(folgen)-verantwortung. Eine Person/Institution ist gegenüber einer anderen Person/Institution für ihre Handlungen und die daraus sich für den Adressaten der Verantwortung ergebenden Folgen verantwortlich. So muss das Krankenhaus dafür einstehen, wenn es nicht durch entsprechende Sicherheitsmaßnahmen verhindern konnte, dass ein Patient von einer Behandlungs- bzw. Untersuchungsliege stürzt und dabei zu Schaden kommt.

Bei den weiteren Überlegungen steht – wenn nichts anderes zum Ausdruck gebracht wird – entsprechend der Definition des Begriffes „soziale Verantwortung“ die Verantwortung für die Folgen unternehmerischen Handelns im Vordergrund. Dabei geht es bei den weiteren Betrachtungen vor allem um die betriebswirtschaftliche und die ethische Dimension der Verantwortung (Hunzicker, S. 17 und S. 18f.); die rechtliche Dimension der Handlungs(folgen)verantwortung (Hunzicker, S. 17f.) wird gelegentlich und nur am Rande behandelt.

Anordnungs-, Übernahme- und Durchführungsverantwortung

Diejenige Person, die befugt ist, anderen Personen Weisungen zu erteilen, trägt die Verantwortung dafür, dass sie die in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht richtige, das heißt zur Lösung eines Problems angemessene Weisung erteilt (= Anordnungsverantwortung) (s. Abb. 27). Die Anord-



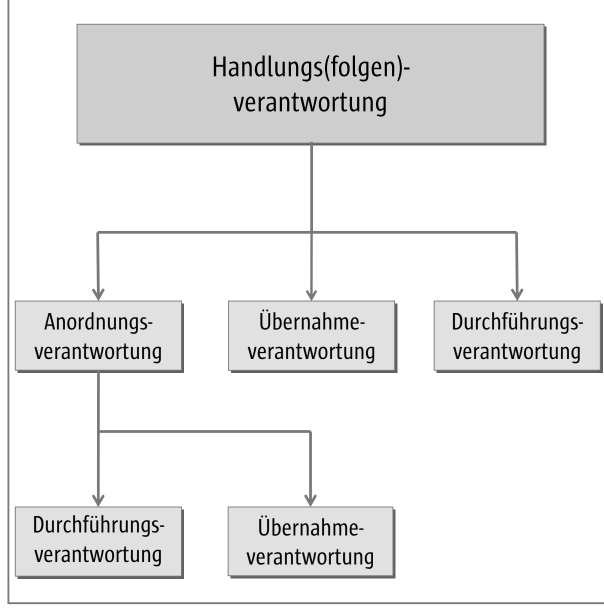


Abb. 27 Arten und Zuweisung der Verantwortung

nungsverantwortung schließt die Verpflichtung ein, eine für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgabe kompetente Person – den Verrichtungsgehilfen – zu beauftragen.

Der Adressat der Weisung ist dafür verantwortlich, dass er

- die ihm zur Ausführung übertragene Aufgabe nur dann übernimmt, wenn er auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung davon überzeugt ist, über die für die Wahrnehmung der Aufgabe erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu verfügen (= Übernahmeverantwortung), und
- die Aufgabe ordnungsgemäß, das heißt ohne für den von der ausgeführten Handlung betroffenen Stakeholder nachteilige Folgen, ausführt (= Durchführungsverantwortung).

Die Person, der die Anordnungsverantwortung zugewiesen ist, trägt die Gesamtverantwortung (= Organisationsverantwortung). Sie kann sich – für den Fall von nachteiligen Folgen für den Adressaten der Verantwortung – nur dann der Verantwortung für einen eventuellen Schaden entziehen (= exkulpieren), wenn sie nachweisen kann, dass sie die für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben entsprechend qualifizierten Verrichtungsgehilfen ausgewählt hat und dass die erforderlichen Behandlungskapazitäten und Ressourcen zur Verfügung stehen und die Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse adäquat gestaltet sind (Jungeblodt, S. 41f.).

Auf allen Leitungsebenen des Unternehmens gibt es die Notwendigkeit der Differenzierung in Anordnungs-, Übernahme- und Durchführungsverantwortung. Viele Personen tragen im Regelfall sowohl Anordnungs- als auch Übernahme- und Durchführungsverantwortung, weil sie Leitungs- und ausführende Aufgaben gleichermaßen wahrnehmen.

Verantwortung auf den drei Allokationsebenen des Gesundheitssystems

Von zentraler Bedeutung für das Wirksamwerden des Managements der sozialen Verantwortung in einem Krankenhaus ist die Art und Weise, wie die verschiedenen Verantwortungsträger die „Handlungs(folgen)verantwortung“ gegenüber den Patienten tragen und welche Rolle der Patient in diesem Zusammenhang spielt. Diese beiden Aspekte stehen im Mittelpunkt der weiteren Betrachtungen in diesem Kapitel, bevor danach wieder alle Adressaten der Verantwortung in den Blick genommen werden.

Was heißt nun aber „Handlungs(folgen)verantwortung“ in der krankenhausspezifischen Ausprägung des Begriffs?

!

Charakteristisch und grundlegend für die Zuschreibung von Verantwortung zu einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen und damit auch für die inhaltliche Ausprägung der Verantwortung ist, dass jeder Mensch für seine Gesundheit selbst verantwortlich ist.

Die Entwicklung der Medizin und der Medizin- und Kommunikationstechnik wird den Einzelnen in die Lage versetzen, künftig aktiv an der eigenen medizinischen Versorgung mitzuwirken (PWC, S. 17)

Der Mensch ist aber nicht voll verantwortlich; gegebenenfalls benötigt er medizinische Hilfe. Die übrigen Akteure im Gesundheitssystem – wie Staat, Politiker, Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken – haben – sofern nichts anderes vermerkt wird – in diesem Sinne eine Mit-Verantwortung.

Ausgehend von diesem Grundsatz hat die Handlungs(folgen)verantwortung – bezogen auf die in Kapitel 5.2, These 1 unterschiedenen Allokationsebenen des Gesundheitswesens – die nachstehend skizzierten und für das Gesundheitssystem charakteristischen Inhalte (Wallner, S. 150ff.):

- Auf der Makroebene bedeutet soziale Verantwortung die Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung jedes einzelnen Akteurs für das gesamte Gesundheitssystem. Jeder Bürger ist aufgefordert, seine Lebensweise so einzurichten, dass er möglichst gesund bleibt und als Folge davon die Ressourcen des Gesundheitssystems möglichst wenig in Anspruch nehmen muss.

  Der Staat kommt seiner sozialen Mit-Verantwortung nach, indem er (gesetzliche) Rahmenbedingungen schafft, die den effektiven und effizienten Einsatz der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und Finanzmittel ermöglicht, und indem er dafür sorgt, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst allen Mitgliedern der Gesellschaft entsprechend ihrem jeweiligen Bedarf zu Gute kommen (s. Beispiel 1).

Beispiel 1

So hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch (SGB) V festgelegt, welche Leistungen (§ 11 Leistungsarten) unter welchen Bedingungen (§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot) den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden.

- Auf der Mesoebene stellt sich die Frage, in welchem der Sektoren des Gesundheitswesens und durch welchen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen der Patient mit einem möglichst hohen Maß an Qualität und Effizienz behandelt wird. Auch hier ist der Patient zunächst persönlich gefordert und erst dann, wenn er die Entscheidung für den in Hinblick auf seine gesundheitliche Befindlichkeit richtigen Anbieter medizinischer Leistungen nicht selbst fällen kann, liegt es in der sozialen Mit-Verantwortung der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, den Patienten zu beraten und zu dem richtigen Anbieter zu steuern (s. Beispiel 2).
  Der Staat kam seiner sozialen Mit-Verantwortung auf der Mesoebene dadurch nach, indem er Rahmenbedingungen für eine Integrierte Versorgung geschaffen hat. Die Grenzen zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems wurden durchlässiger, der Wechsel von einem in einen anderen Sektor wurde erleichtert. Die Unterstützung des hilfebedürftigen Patienten bei der Wahl eines für ihn geeigneten Leistungsanbieters durch eine dafür autorisierte Person/Instanz ist institutionalisiert worden.

Beispiel 2

Ein niedergelassener Arzt (= Hausarzt) behandelt einen Patienten zunächst ambulant und überweist diesen anschließend in die stationäre Behandlung, weil diese medizinisch geboten ist. Er hilft dem Patienten – und kommt damit seiner Mit-Verantwortung nach –, das für die Behandlung der Patienten-Erkrankung geeignete Krankenhaus zu finden und mit diesem einen Behandlungstermin zu vereinbaren.

Wenn der Patient im Anschluss an die stationäre Behandlung und die Entlassung nach Hause dort der Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst bedarf, organisieren entweder das Krankenhaus oder der Hausarzt im Rahmen ihrer Mit-Verantwortung entsprechende Vereinbarungen mit einem Anbieter der häuslichen Krankenpflege, wenn der Patient dies selbst nicht realisieren kann.

- Der Leistungserbringer auf der Mikroebene ist dafür verantwortlich, den Behandlungsprozess für den einzelnen Patienten so zu organisieren, dass das Behandlungsziel – die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Linderung von Leiden oder die Geburtshilfe – auf einem hohen qualitativen Niveau mit einem Minimum an Ressourceneinsatz erreicht wird und dass nach Abschluss der Behandlung für den Genesenen ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität gewährleistet ist.
  Die Patientenbehandlung auf der Mikroebene zeichnet sich in einer zunehmenden Zahl von Krankenhäusern dadurch aus, dass der Patient als Ko-Produzent der medizinischen Behandlung den Behandlungsprozess und damit dessen Ergebnis entscheidend prägt (s. Kap. 4.2.4). Die Verantwortung für das Behandlungsergebnis wird dann nicht mehr nur durch den Arzt oder das therapeutische Team allein, sondern in zunehmendem Umfang auch von dem Patienten getragen. Der Patient ist in dieser Ebene zum Mit-Verantwortlichen geworden.

5.3.2 Voraussetzung für die Zuschreibung von Verantwortung zu einem Verantwortungsträger

Überblick

Damit die Handlungs(folgen)verantwortung einem der Krankenhaus-Akteure (s. Abb. 28) zugeschrieben werden kann, setzt dies voraus, dass (in Anlehnung an Suchanek; Lin-Hi, S. 10)

1. die einem Verantwortungsträger zur Wahrnehmung übertragene Aufgabe und die Verantwortung für die sach- und zeitgerechte Durchführung der Aufgabe und für deren Folgen – der Verantwortungsbereich – beschrieben
2. der sich aus der Aufgabe ergebende Entscheidungsspielraum festgelegt und
3. der Entscheidungsspielraum gemäß Ziffer 2. mit dem mit der Aufgabe verbundenen und dem Akteur zugeschriebenen Verantwortungsbereich deckungsgleich ist;
4. die Chancen für die Realisierung verantwortlichen Handelns innerhalb des Entscheidungsspielraums liegen,
5. die dem Akteur zugeschriebene Verantwortung für diesen zumutbar ist – er also zu einem



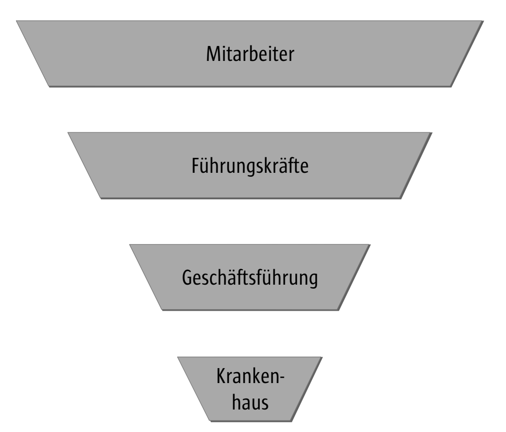


Abb. 28 Aufgabenträger des Krankenhauses

Verhalten, das seinen Interessen zuwider ist, nicht genötigt wird – und
6. festgelegt ist, wer die Risiken trägt, die mit Entscheidungen verbunden sind.

Der Verantwortungsbereich

Die dem Verantwortungsträger übertragene Aufgabe muss mindestens drei Anforderungen genügen, damit der Verantwortungsträger die sich aus der Aufgabe ergebende und ihm zugewiesene Verantwortung übernehmen kann:

1. Bei der Wahrnehmung der Aufgabe muss dem Verantwortungsträger ein ausreichend hoher Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen.
2. Sie muss ausreichend präzise beschrieben sein.
3. Sie muss in Bezug auf die Aufgaben anderer Verantwortungsträger überschneidungsfrei aus der Gesamtaufgabe des Krankenhauses entwickelt worden sein.

Verantwortung kann eine Person, eine Gruppe oder eine Institution nur für etwas übernehmen, was diese durch eigene Entscheidungen beeinflussen kann (Kreikebaum, S. 185). Nur dann, wenn dem Akteur die Möglichkeit gegeben ist, im Rahmen der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgabe für die Lösung eines Problems Alternativen zu entwickeln, diese unter Berücksichtigung der Interessen der von seiner Entscheidung betroffenen Stakeholder zu bewerten und eine der Alternativen für die Umsetzung auszuwählen, kann der Akteur sozial verantwortlich handeln, und es kann dem Akteur die Verantwortung für die Realisierung der Aufgabe und für die Folgen seines Handelns zugeschrieben werden. Wenn der Entscheidungsspielraum dagegen vollständig eingeschränkt ist – was bei reinen Ausführungsaufgaben gegeben ist, wenn nicht nur das zu erreichende Ziel, sondern auch die Mittel, die zwecks Zielerreichung eingesetzten werden, vorgegeben sind –, ist sozial verantwortliches Handeln nicht möglich.

Mittels einer Aufgabenbeschreibung – als Bestandteil des Arbeitsvertrages und/oder einer Arbeitsplatz- oder Stellenbeschreibung – teilt die Geschäftsführung den Führungskräften und Mitarbeitern mit, welche Aufgaben diese wahrnehmen sollen und welche Verantwortung sie damit übernehmen. Damit die Realisierung der Aufgaben im Sinne eines harmonischen, auf das Erfüllen der Unternehmensziele ausgerichteten Handlungsprogramms (Schreyögg, S. 259) und unter Berücksichtigung der als legitim akzeptierten Stakeholder-Anliegen erfolgen kann, muss der Verantwortungsbereich so präzise beschrieben sein, dass eine Interpretation des Inhaltes nicht erforderlich ist. Wenn der Verantwortungsträger überlegen muss, was sein Auftraggeber wohl gemeint haben könnte, besteht die Gefahr, dass die endgültige Beschreibung des Verantwortungsbereichs durch sachfremde Interessen geleitet wird. Die Harmonie des Handlungsprogramms wird gestört; das Erreichen des Unternehmenszieles wird möglicherweise verunmöglicht.

Die Aufgabenbeschreibung erschöpft sich nicht in der Darstellung der auszuführenden Verrichtungen. Es bedarf darüber hinaus der Angabe der Ziele, die mittels der Wahrnehmung der Aufgaben erreicht werden sollen, und des Hinweises darauf, welchen Beitrag der Verantwortungsträger mittels der Realisierung der mit ihm vereinbarten Ziele zur Verwirklichung der Ziele, die mit der ihm übergeordneten Stelle vereinbart worden sind, leisten soll. Der Verantwortungsträger steht für die zielentsprechende Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben ein und wird entweder entlastet oder mit Sanktionen belegt (Kreikebaum, S. 223).

In einem multipersonal, arbeitsteilig organisierten Unternehmen mit höchst komplexen Strukturen und Prozessen ist nicht immer eindeutig feststellbar, ob und in welchem Umfang der Verantwortungsträger die Folgen seiner Handlungen steuern kann. Wegen der vielfältigen Verflechtungen werden die Handlungsfolgen häufig auch durch andere Akteure – und nicht immer im Sinne des Verantwortungsträgers – beeinflusst.

Beispiel

Dem Chefarzt einer klinischen Abteilung ist als Aufgabe die Leitung der klinischen Abteilung übertragen worden. Er ist dafür verantwortlich, die in einer Zielvereinbarung zusammen mit seinem Vorgesetzten einvernehmlich festgelegten Ziele zu realisieren. Er steht als Voraussetzung dafür ein, dass die dafür erforderlichen Ressourcen, die ebenfalls Gegenstand der Zielvereinbarung sind, in qualitativer und in quantitativer Hinsicht zur Verfügung stehen.

Wenn eine der notwendigen Personalstellen vakant wird, ist dem Chefarzt daran gelegen, diese möglichst rasch wieder zu besetzen. Er initiiert deshalb umgehend den Beschaffungsprozess, indem er der Personalabteilung die als Grundlage für die Stellenausschreibung und die Bewertung der eingehenden Bewerbungen erforderlichen Dokumente, die nur von ihm erarbeitet werden können (Naegler et al., S. 150), zuleitet.

Auf den weiteren Verlauf des Beschaffungsprozesses hat der Chefarzt nur noch begrenzt Einfluss. Dieser wird von mindestens zwei anderen Akteuren bestimmt, nämlich der Personalabteilung und der Personalvertretung. Beide verfolgen jeweils das Ziel, den Chefarzt bei der Wiederbesetzung der frei gewordenen Personalstelle mit dem geeignetsten Bewerber zu unterstützen. Dabei berücksichtigen sie die eventuell voneinander abweichenden Interessen anderer Stakeholder. Vielleicht verzögert die Personalabteilung die Besetzung der Stelle, um dadurch die von dem Eigentümer gewünschte Kostenreduzierung erreichen zu können. Die Personalvertretung ist zwar an einer möglichst raschen Besetzung der Stelle interessiert, um die aus der Vakanz der Stelle resultierende Mehrbelastung für die übrigen Mitarbeiter möglichst bald wieder beseitigen zu können. Weil einzelne Mitglieder des Gremiums eventuell andere Bewerber als der Chefarzt favorisieren, kann sich das Gremium erst nach mehreren Rücksprachen mit dem Chefarzt darauf verständigen, dem Vorschlag des Chefarztes zuzustimmen.

Die Verständigung auf einen Bewerber und die Besetzung der vakanten Personalstelle erfolgt deshalb – ohne dass der Chefarzt dieses durch eigenes Tun ändern kann – möglicherweise so spät, dass die in der Zielvereinbarung festgelegten Leistungen – die Folgen seiner Handlungen – nicht zur Gänze erbracht werden können.

Wenn die Aufgaben und die daraus resultierende Verantwortung der einzelnen Verantwortungsträger nicht – wie weiter oben skizziert – sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, besteht die Gefahr der „sozialen Falle“ (Wallner, S. 150). Jedes Mitglied der Organisation versucht möglicherweise nach eigenen Nutzenvorstellungen zu handeln. Es muss des Weiteren befürchtet werden, dass bei unklarer Verteilung von Aufgaben und Verantwortung Teile der Verantwortung oder diese zur Gänze auf andere Mitglieder der Organisation abgewälzt werden, dort aber nicht wahrgenommen werden können (Wallner, S. 151), oder dass einzelne Organisationsmitglieder Verantwortung von anderen (gegen deren Willen) übernehmen. Der Gesamtnutzen für das Unternehmen und seine Stakeholder ist geringer als er sein könnte.

Verantwortung hat eine sachlich-räumliche Dimension – von ihr war bisher vor allem die Rede – und eine zeitliche Dimension (Kreikebaum, S. 189ff.). Die zeitliche Dimension der Verantwortung umfasst – wenn sie überhaupt schon Bestandteil der Zuschreibung von Verantwortung zu einem Verantwortungsträger ist – meist nur kürzere Zeiträume (wie z.B. das Budget oder eine Zielvereinbarung für das nächste Wirtschaftsjahr). Eine auf einen längeren Zeitraum ausgerichtete Verantwortung – wie z.B. die Verantwortung für die langfristige Sicherung der Existenz des Krankenhauses – ist zwar vielfach Element der Mission des Krankenhauses und wird der Geschäftsführung zugeschrieben. Sie wird in dieser Ausprägung bisher nur selten zu einem Element der Verantwortung von Führungskräften und Mitarbeitern. Die Entscheidung zwischen langfristiger Existenzsicherung und kurzfristiger Gewinnmaximierung ist damit in das Belieben der Führungskräfte und der Mitarbeiter gestellt; Beispiele aus der Praxis zeigen, dass eher die Realisierung kurzfristig erreichbarer Ziele favorisiert wird.

Nach diesen Vorbemerkungen mehr allgemeiner Art folgt nun ein Überblick über die Aufgaben, die innerhalb eines Krankenhauses entweder durch dieses oder durch andere Akteure (s. Abb. 28) wahrzunehmen sind, und über die Verpflichtungen, die diesen Akteuren obliegen. Eine detaillierte Analyse dieser Verantwortungs-Inhalte erfolgt in Kapitel 5.4 – dort unter Berücksichtigung der Adressaten der Verantwortung und der adressaten-spezifischen Ausprägung der Verantwortung.

- Das Krankenhaus ist der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Aufgaben durch die Mitglieder dieser Organisation (Ärzte, Krankenpflegekräfte, Therapeuten und Vertreter anderer Berufsgruppen). Es stellt die Kapazitäten einschließlich der erforderlichen Management-Kapazitäten und die für die Realisierung der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse notwendigen Ressour-

cen in bedarfsgerechtem – in qualitativer und quantitativer Hinsicht – Umfang bereit (= Organisationsverantwortung). Es stellt durch die sach- und zeitgerechte Beauftragung der dafür zuständigen Stellen sicher, dass die in einem Versorgungsauftrag dem Grunde nach und in dem mit den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag konkret vereinbarten Leistungen dauerhaft erbracht werden können.
Das Krankenhaus ist auch für die Folgen der Handlungen der in seinem Auftrag tätigen Akteure verantwortlich. Dieses gilt nicht nur im Rahmen seiner Organisationsverantwortung. Es übernimmt immer wieder auch Verantwortung, die eigentlich einem Mitarbeiter zugeschrieben worden ist, um sicherstellen zu können, dass im Falle der Schädigung eines Patienten dieser dafür einen materiellen Ausgleich – z.B. in Form eines Schmerzensgeldes – erhalten kann.

- Die Geschäftsführung ist für die Realisierung der im Regelfall von der 1. Leitungsebene (= den Organen des Krankenhausträgers) festgelegten Unternehmensziele – diese umfassen auch die im Versorgungsauftrag festgelegten Leistungen – verantwortlich. Sie schließt mit den Krankenkassen den Versorgungsvertrag ab und trägt die Verantwortung für dessen Realisierung. Ihr obliegt das Schaffen der Voraussetzungen für das Managen der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse in allen Leistungsbereichen des Krankenhauses – klinische Abteilungen und Abteilungen des medizinischen und nicht-medizinischen Supportbereiches.
  Die Geschäftsführung ist im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung ferner für die Folgen der Handlungen der für die Leitung der Leistungsbereiche des Krankenhauses berufenen Führungskräfte verantwortlich. Dieser Verantwortung kommt sie nach durch
  a) die Entwicklung, Implementation und nachhaltige Realisierung eines Unternehmensleitbildes, mit dem den Führungskräften und den Mitarbeitern mitgeteilt wird, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind (Näheres dazu s. Kap. 7);
  b) die Entwicklung, Implementation und nachhaltige Realisierung eines geeigneten Führungskonzepts einschließlich des Schaffens der oben schon genannten Voraussetzungen für die Zuschreibung von Verantwortung,
  c) die Entwicklung eines Handlungsprogramms und Übertragung der sich daraus ergebenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten an die jeweils zuständigen Führungskräfte;
  d) die Berufung der für die jeweils zu übertragenden Aufgaben qualifizierten Führungskräfte, gegebenenfalls durch deren Weiterentwicklung und durch deren sach- und zeitgerechneten Einsatz sowie durch
  e) die Wahrnehmung ihrer Kontrollpflichten (Jungeblodt, S. 41).
- Die Leitung[44] der Leistungsbereiche des Krankenhauses wird von Führungskräften wahrgenommen, denen Leitungsaufgaben übertragen worden sind. Neu ist – und das gilt vor allem für die Leitung klinischer Abteilungen –, dass die Führungskräfte nicht mehr nur für die Qualität der medizinischen Behandlung oder der Leistungserbringung im Allgemeinen verantwortlich sind. Ihnen wurde auch die Verantwortung für das wirtschaftliche Ergebnis ihres Verantwortungsbereichs zugewiesen.
  Die Führungskräfte sind darüber hinaus im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung auch für die Handlungen ihrer Mitarbeiter und deren Folgen verantwortlich – einschließlich der Folgen für die Qualität der Behandlungs- und Supportprozesse und für das Preis-Leistungs-Verhältnis. Dieser Verantwortung kommt die Führungskraft nach, indem sie sicherstellt, dass
  a) die für die Durchführung der in ihrem Verantwortungsbereich zu erledigenden Aufgaben erforderlichen Ressourcen – in einem Krankenhaus bedeutet dieses vor allem die erforderliche Zahl von Mitarbeitern – zur Verfügung stehen,
  b) sie die sich aus dem Handlungsprogramm ergebenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten an die jeweils zuständigen Mitarbeiter überträgt und diese in zeitlicher und örtlicher Hinsicht sachgerecht einsetzt,

44 Die Begriffe „Leitung" und „Führung" werden in der vorliegenden Untersuchung synonym verwendet. So wird unter einer Führungskraft eine Person verstanden, die eine leitende Stelle mit Weisungsbefugnis gegenüber Dritten in einem Unternehmen besetzt.

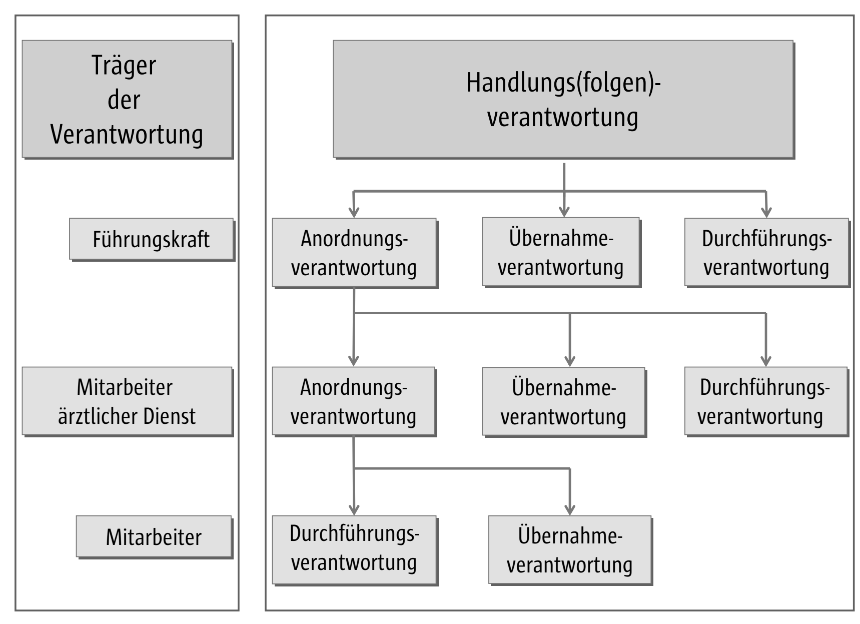


Abb. 29 Arten und Zuweisung der Verantwortung im ärztlich-pflegerischen Dienst

c) die Mitarbeiter, denen die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben und die Verantwortung für deren sach- und zeitgerechte Erledigung obliegen, über die zur Ausführung der Aufgaben notwendige Kompetenz, fachlicher, methodischer und sozialer Art, verfügen bzw. diese im Rahmen einschlägiger Weiterbildungsprogramme erwerben, und indem
d) sie sich von der Realisierung der vereinbarten Ziele überzeugt.

- Die Mitarbeiter der Führungskräfte sind für die sach- und zeitgerechte Ausführung der ihnen von den jeweils dafür zuständigen Führungskräften übertragenen Aufgaben verantwortlich. Die Durchführungsverantwortung umfasst unter anderem auch die Verantwortung für den eventuell notwendigen Einsatz von Hilfsmitteln (Arbeitsleistungen, Geräte, Verbrauchs- und Gebrauchsgüter).
- Den Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes wurde eine Sonderrolle übertragen. Sie sind für die Patienten-Behandlung verantwortlich und haben – obwohl eine Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung im Regelfall nicht besteht – die Befugnis, Mitarbeitern des Pflegedienstes und des Medizin-Technischen Dienstes Maßnahmen der Diagnostik und der Therapie sowie der Behandlungspflege[45] zur Durchführung anzuordnen (= Anordnungsverantwortung). Die Durchführungs- und Übernahmeverantwortung dafür wurde der Pflegekraft und dem Mitarbeiter des Medizin-Technischen Dienstes von der für sie zuständigen Führungskraft übertragen (s. Abb. 29). Die Anordnungsverantwortung des Arztes schließt die Verantwortung für die Festlegung der für die Behandlung einer konkreten Erkrankung geeigneten Maßnahmen und die Auswahl des für die Durchführung der Maßnahme kompetenten Mitarbeiters ein. Die Durchführungsverantwortung der Mitarbeiter umfasst unter anderem auch die Verantwortung für die eventuell zum Einsatz kommenden Hilfsmittel.

Entscheidungsspielraum ist eindeutig festgelegt

Sozial verantwortliches Handeln setzt voraus, dass nicht nur die Aufgaben und die damit ver-

45 Die Durchführung und Verantwortung der Grundpflege werden der Pflegekraft von der für sie zuständigen Führungskraft übertragen.



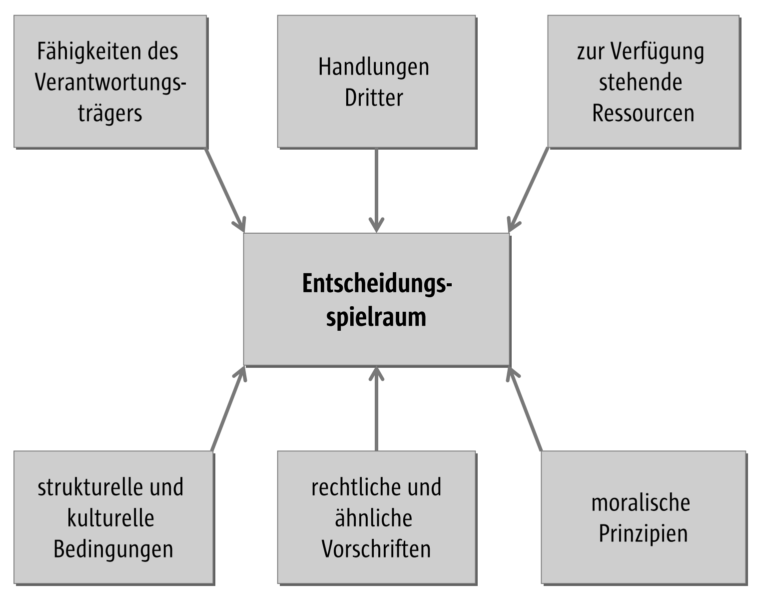


Abb. 30 Faktoren, die den Umfang des Entscheidungsspielraums beeinflussen

bundene Verantwortung den Verantwortungsträgern überschneidungsfrei zugeschrieben werden. Darüber hinaus – es wurde schon erwähnt – müssen dem Handelnden die Spielräume bekannt sein, innerhalb derer er die zur Lösung eines Problems geeigneten Alternativen suchen kann.

Die Existenz von Entscheidungsspielräumen ist ein konstitutives Element sozialen Handelns und dadurch begründet, dass die Bedingungen für das Handeln nicht selten unbestimmt sind (Küpper, S. 30). Die Behandlungs- und/oder die ökonomischen Ziele sind wenig konkret. Die eine Entscheidung verlangende Entscheidungssituation, das zu lösende Problem, ist nicht selten schlecht definiert; ein Programm für die Lösung des Problems – für die Generierung von Lösungsalternativen, für deren Bewertung und deren Vergleich – gibt es eventuell nicht. Der Entscheidungsträger muss dennoch entscheiden und deshalb die Möglichkeit haben, von vorgegebenen Regeln abzuweichen.

Bei der Festlegung von Entscheidungsspielräumen befinden sich das Krankenhaus und/oder die Geschäftsführung in einem zweifachen Dilemma:

- Werden die Grenzen zu eng gesteckt, bleibt möglicherweise kein Platz mehr für sozial verantwortliches Handeln; ein zu weit gesteckter Rahmen verführt eventuell zu einem Verhalten der Akteure, das der Realisierung der Unternehmensziele nicht dienlich sein kann.
- Die zweite Schwierigkeit besteht in der verbalen Festlegung des Entscheidungsspielraums. Dieser lässt sich nicht immer in dem gewünschten Maße exakt zum Ausdruck bringen, sodass der Umfang des Entscheidungsspielraumes durch den Entscheidungsträger mittels der eventuell notwendigen Interpretation des Textes gestaltet werden kann.

Der Entscheidungsspielraum wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt (Küpper, S. 188) (s. Abb. 30): Einerseits sind es die Fähigkeiten des Entscheidungsträgers, zum anderen die personellen und sachlichen Ressourcen, die diesem von den ihm vorgesetzten Leitungsebenen zur Verfügung gestellt werden. Schließlich kommen als Einflussfaktoren die strukturellen und kulturellen Bedingungen der Leitungsarbeit und moralische Prinzipien in Betracht. Auch rechtliche und ähnliche Vorschriften (wie z.B. der Gesellschaftervertrag, die Satzung des Krankenhauses oder Behandlungsleitlinien) (Beispiel) sowie die Handlungen anderer Akteure determinieren den Umfang des Rahmens, innerhalb dessen der Entscheidungsträger die für die Lösung des sich ihm stellenden Problems geeigneten Alternativen suchen kann.

Beispiel

Wenn die klinischen Abteilungen eines Krankenhauses als Profit-Center organisiert sind, dann sind die Leiter der Abteilungen nicht nur für die Qualität der Patientenbehandlung, sondern auch für das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung verantwortlich. Die Verantwortlichen dürfen – in der klassischen Ausprägung eines Profit-Centers – ihre Leistungen auf dem internen und auf dem externen Markt anbieten, und sie dürfen die Ressourcen, die sie zum Erstellen der Leistungen benötigen – zum Beispiel die Leistungen der Laboratoriumsmedizin –, auf dem internen und auf dem externen Markt einkaufen.

Letzteres wird den Leitern der klinischen Abteilungen im Regelfall untersagt – auch dann, wenn der Bezug der Leistungen der Laboratoriumsmedizin von einem externen Laboratorium geringere Kosten verursacht als der „Einkauf“ dieser Leistungen von dem krankenhauseigenen Laboratorium. Die Effizienz der Patientenbehandlung könnte also gesteigert werden, wenn die Leistungen der Laboratoriumsmedizin auf dem externen Markt gekauft werden könnten. Die Geschäftsführung legt damit bestimmte Aspekte des Entscheidungsspielraums für die Leiter der klinischen Abteilungen eindeutig und einschränkend fest.

Der Umfang der den Ärzten eines Krankenhauses zugeschriebenen Entscheidungsspielräume wird durch für die Tätigkeit von Ärzten spezifische Faktoren beeinflusst. Diese leiten das Verhalten der Ärzte gegenüber Patienten bzw. gegenüber anderen Ärzten (§ 7 bzw. § 29 [Muster-]Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte [Stand 2006]) und/oder die Gestaltung des Behandlungsprozesses. Mit den zuletzt genannten Regeln sind Standards wie Behandlungsempfehlungen, -leitlinien oder -richtlinien gemeint, die medizinische Entscheidungen erleichtern sollen, indem sie für angemessen erachtete Formen der Diagnose und Therapie, gewichtet nach Beweiskraft vorhandener Studien, veröffentlichen.

Dabei werden Behandlungsleitlinien als Orientierungshilfen im Sinne eines Entscheidungsspielraums verstanden, von dem in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss (Ollenschläger, S. 73). Behandlungsrichtlinien dagegen sind Regelungen, die dem handelnden Akteur keinen Spielraum lassen, deren Nichtbeachten vielmehr mit Strafen belegt ist (Ollenschläger, S. 74). Als Basis für sozial verantwortliches Handeln scheiden sie deshalb aus; sie lassen dem Arzt nicht die Möglichkeit, die konkrete Befindlichkeit des Patienten in die zu fällende Therapieentscheidung einzubeziehen.

Die Wahl des Standards ist eine Funktion fachlicher Bewertungen (Ollenschläger, S. 75). Je sicherer die Basis der ärztlichen Erkenntnis, je höher die Anforderungen an den behandelnden Arzt und je höher die Behandlungsrisiken für den Patienten sind, umso eher wird man anstelle der Empfehlung die Form der Leitlinie oder gar der Richtlinie wählen (Ollenschläger, S. 75f.) und den Entscheidungsspielraum des behandelnden Arztes, dessen Therapiefreiheit teilweise oder vollständig einschränken.

!

Aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung spielen Leitlinien als Entscheidungshilfen eine zentrale Rolle:

Leitlinien lassen den Mitgliedern des therapeutischen Teams den Spielraum für eine aus medizinischer und ökonomischer Sicht angemessene Versorgung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten.

Leitlinien bieten den Mitgliedern des therapeutischen Teams die Grundlage für die wissenschaftlich gesicherte Begründung der von ihnen geplanten Behandlungsmaßnahmen und eventuell erforderlichen Abweichungen von dem Standard.

Entscheidungsspielraum und Verantwortungsbereich sind deckungsgleich

Wenn der Entscheidungsspielraum und der Verantwortungsbereich auseinander fallen, kann dieses zu Konflikten unterschiedlicher Art führen (Kreikebaum, S. 196ff.). Wenn der Verantwortungsbereich gegenüber dem Entscheidungsspielraum eingeschränkt ist, kann dieses ein Anreiz für den Verantwortungsträger sein, sehr viel risikoreichere Entscheidungen zu fällen; er muss ja für die Folgen seines Tuns nicht oder nur partiell einstehen (Beispiel 1). Wenn dagegen umgekehrt der Entscheidungsspielraum gegenüber dem Verantwortungsbereich eingeschränkt ist, muss damit gerechnet werden, dass Entscheidungen verzögert werden, durch ein sachlich nicht begründetes Absicherungsverhalten geprägt sind (Küpper, S. 189) und/oder dass der Verantwortungsträger bei eventuellen Misserfolgen versucht, sich zu exkulpieren (Beispiel 2).

Beispiel 1 – der Entscheidungsspielraum ist größer als der Verantwortungsbereich

Es sei angenommen, dass der Leiter einer klinischen Abteilung für das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung nicht verantwortlich ist. Er ist aber befugt, über den Ressourceneinsatz und über die Belegung seiner Abteilung zu entscheiden. Er kann damit die Höhe der Kosten und die der Erlöse und schließlich das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung beeinflussen. Er muss nicht damit rechnen, dafür zur Rechenschaft gezogen zu werden, wenn das Ergebnis der Abteilung negativ mit entsprechenden Konsequenzen für das Gesamtergebnis des Krankenhauses ist.

Die in diesem Fall bestehende Diskrepanz zwischen Verantwortungsbereich und Entscheidungsspielraum kann überwunden werden, wenn der Leiter der klinischen Abteilung und die in dieser Abteilung behandelnden Ärzte verpflichtet werden, ihren Entscheidungen die für die zu behandelnden Erkrankungen maßgeblichen Behandlungsleitlinien einzuhalten. Wenn ein Arzt wegen der spezifischen Befindlichkeit des Patienten von der einschlägigen Behandlungsleitlinie abweichen muss, sind die Gründe für das Abweichen ausführlich zu begründen und zu dokumentieren.

Beispiel 2 – der Verantwortungsbereich ist größer als der Entscheidungsspielraum

Es kommt immer noch vor, dass sich die Pflegedienstleitung eines Krankenhauses vorbehält, über die Besetzung einer in einer Pflegestation vakant gewordenen Stelle einer Krankenpflegekraft zu entscheiden. Die Verantwortung für die Qualität und die Effizienz der Pflege der Patienten in dieser Station wurde der Leiterin des Pflegedienstes dieser Station zugewiesen.

In diesem Falle ist der Entscheidungsspielraum der Stationsleitung gegenüber ihrem Verantwortungsbereich deutlich eingeschränkt. Es besteht die Gefahr, dass eine vakant gewordene Personalstelle mit einer Krankenpflegekraft besetzt wird, die das Kenntnis- und Fähigkeitsspektrum der vorhandenen Belegschaft nicht sachgerecht ergänzen kann und die hinsichtlich ihrer Persönlichkeit mit den vorhandenen Krankenpflegekräfte nicht harmoniert.

Möglicherweise wird es deshalb zu Minderleistungen in der Pflege kommen. Die Stationsleiterin wird dann versuchen, sich mit dem Hinweis darauf, dass ihr nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung gestellt worden sei, der Verantwortung für die Folgen ihrer Entscheidungen für Patienten und eventuell andere Stakeholder zu entziehen.

Die Chancen für die Realisierung verantwortlichen Handelns liegen innerhalb des Entscheidungsspielraums

Selbst wenn die dem Verantwortungsträger übertragene Aufgabe einschließlich der damit verbundenen Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse eindeutig beschrieben ist, wenn der Entscheidungsspielraum unter Berücksichtigung der genannten Restriktionen fixiert ist und dieser sich in Übereinstimmung befindet mit dem Verantwortungsbereich und somit wichtige Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln geschaffen worden sind, kommt es immer wieder vor, dass sozial verantwortliches Handeln dennoch nur eingeschränkt möglich ist. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich einzelne Akteure nicht verantwortlich verhalten und es damit anderen Verantwortungsträgern verunmöglichen, sozial verantwortliches Handeln zu verwirklichen (s. Beispiel). Das ist zum Beispiel auch dann der Fall, wenn sich Führungskräfte nicht an die dieser und ihren Mitarbeitern zugewiesenen Verteilung der Entscheidungsbefugnisse halten und damit die Möglichkeiten der Mitarbeiter, sozial verantwortlich zu handeln, einschränken.

Beispiel

So gibt es in einer Arbeitsgruppe immer wieder Mitarbeiter, die schon bei dem geringsten Unwohlsein, aber ohne konkrete Beeinträchtigung ihrer Leistungsfähigkeit dem Dienst fern bleiben. Vor allem wenn dieses spontan erfolgt, kann Ersatz nicht rechtzeitig organisiert werden.

Die übrigen Mitarbeiter der Arbeitsgruppe können nicht immer die dadurch fehlenden Arbeitskapazitäten durch zusätzliche Leistungen ausgleichen. Sie können deshalb ihre Verantwortung gegenüber den Patienten nur noch eingeschränkt wahrnehmen.

Es bedarf deshalb einschlägiger Anreize und/oder Sanktionen, um zu verhindern, dass einzelne die eigene Freiheit zu Lasten Dritter missbrauchen (Suchanek; Lin-Hi, S. 12f.)

Die Wahrnehmung der dem Akteur zugeschriebenen Verantwortung ist für diesen zumutbar

Mit jeder Handlung und deren Folgen werden die Bedingungen für künftige Handlungen festgelegt

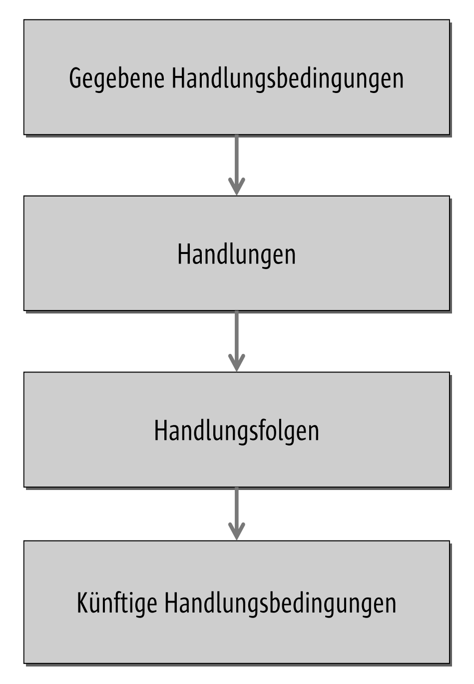


Abb. 31 Zumutbarkeit der Übernahme von Verantwortung (nach Suchanek; Lin-Hi, S. 13)

(s. Abb. 31). Der Verantwortungsträger beeinflusst mit seiner Entscheidung und deren Realisierung also nicht nur den Entscheidungsspielraum des von der Entscheidung betroffenen Stakeholders, sondern auch seinen eigenen künftigen Entscheidungsspielraum.

Die Wahrnehmung von Verantwortung ist für einen Verantwortungsträger nur dann zumutbar, wenn dieser bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung seine Entscheidungsfreiheit so nutzen kann, dass er mittels der Folgen seiner Handlungen die Bedingungen für sein Handeln in der Zukunft nicht deutlich verändert oder gar zerstört (s. Beispiel) (Suchanek; Lin-Hi, S. 14).

Beispiel

Der Chefarzt einer klinischen Abteilung ist für die Behandlung der Patienten seiner Abteilung verantwortlich. Er nimmt diese Verantwortung unter anderem dadurch wahr, dass er einen größeren Teil der Patienten sowie alle seine Privatpatienten persönlich behandelt und in diese Aufgabe einen größeren Teil seiner Arbeitszeit investiert.

Zusätzlich soll ihm in naher Zukunft die Verantwortung auch für das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung zugeschrieben werden.

Wenn er die Entscheidung fällt, diesen Vorschlag der Geschäftsführung nicht zu akzeptieren, wäre die Folge, dass er seine Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung beenden müsste und Privatpatienten nicht mehr behandeln dürfte. Er könnte dann als Facharzt weiterhin – sogar in größerem Umfang – Patienten in seiner Abteilung persönlich behandeln. Seine Möglichkeiten, die Bedingungen für die Behandlung der Patienten in seiner Abteilung zu gestalten oder doch zumindest zu beeinflussen, wären ihm genommen. Er müsste erhebliche finanzielle Einbußen hinnehmen mit Auswirkungen auf die Gestaltung seiner persönlichen Lebensführung. Diverse seiner anderen Bedürfnisse – wie Wertschätzung und Selbstverwirklichung – würden nicht mehr oder nur noch eingeschränkt befriedigt.

Wenn der Chefarzt den Vorschlag akzeptiert, würde durch die Übernahme der zusätzlichen Verantwortung ein erheblicher Teil seiner Arbeitszeit gebunden. Er müsste die Zahl der Patienten, die er persönlich behandelt, reduzieren. Möglicherweise müsste er auch seine Privat-Praxis einschränken.

Durch die Veränderung der dem Chefarzt zugeschriebenen Verantwortung und durch seine dadurch ausgelöste Entscheidung werden die Bedingungen für dessen künftiges Handeln zwar nicht zerstört, aber doch entscheidend verändert. Die Übernahme der dem Chefarzt zusätzlich zugeschriebenen Verantwortung ist für diesen nur in Grenzen zumutbar.

Risikoverteilung

Viele Entscheidungen werden auf der Basis von unvollkommenen Informationen und von unsicheren Erwartungen über künftige Entwicklungen gefällt. Die Risiken, fehlerhafte Entscheidungen zu fällen, sind gegeben. Die Frage stellt sich deshalb, wer die Risiken trägt.

Als Risikoträger kommen sowohl der Verantwortungsträger als auch der Adressat der Verantwortung sowie das Krankenhaus in Betracht (s. Beispiele 1 und 2).

Beispiel 1

Der Leiter einer klinischen Abteilung und die Geschäftsführung des Krankenhauses haben sich im Rahmen einer Zielvereinbarung auf die zu erzielenden Ergebnisse und auf Bonuszahlungen, die in Abhängigkeit von dem Grad der Zielerreichung fällig werden, verständigt. Das Risiko, dass

er einen Bonus nicht oder nur gekürzt erhält, weil das vereinbarte Ziel verfehlt worden ist, trägt allein der Leiter der klinischen Abteilung. Das Risiko, dass das wirtschaftliche Ziel nicht erreicht wird, bleibt dem Krankenhaus.

Ein negativer Bonus für den Fall, dass das Ziel nicht oder nur teilweise realisiert werden kann, und damit eine Beteiligung des Verantwortungsträgers an dem dadurch dem Krankenhaus entstehenden Schaden, ist im Regelfall nicht vorgesehen.

Beispiel 2

Eine Krankenbehandlung ist häufig nicht frei von Risiken. Ein Fehlschlag kann nicht ausgeschlossen werden. Das Risiko des Fehlschlags trägt – eine ausführliche Aufklärung vorausgesetzt und ein Fehlverhalten oder Verschulden des behandelnden Arztes ausgeschlossen – allein der Patient.

Wie auch immer das Problem der Risikoverteilung gelöst wird: Die Zuschreibung von Verantwortung setzt voraus, dass es zwischen der Institution/Person, die dem Verantwortungsträger Verantwortung zuschreibt, und dem Träger der Verantwortung eine Verständigung darüber gibt, wer welche Risiken trägt.

5.4 Träger der sozialen Verantwortung

5.4.1 Charakterisierung

Konstitutive Elemente des Managements der sozialen Verantwortung sind auch die Träger der Verantwortung. Träger von Verantwortung sind Menschen, aber auch Kollektive, die im Auftrag eines Unternehmens Entscheidungen fällen, die andere, die Adressaten, betreffen.

Verantwortungsträger können aber auch Unternehmen sein, die für die Folgen der Handlungen eintreten, die in ihrem Auftrag realisiert worden sind. Dieses ist insofern wichtig, als in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Unternehmen häufig nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann, wer welche Entscheidung zum Nachteil eines Stakeholders gefällt hat. Ein Ausgleich der für den Stakeholder nachteiligen Handlungsfolgen wäre oftmals nicht möglich, wenn nicht das Unternehmen als Verantwortungsträger in Anspruch genommen werden könnte.

Im Folgenden werden vier Arten von Verantwortungsträgern unterschieden:

1. das Krankenhaus,
2. die Geschäftsführung,
3. die Führungskräfte und
4. die Mitarbeiter.

Spätestens jetzt fragt es sich, welche Rolle der Eigentümer eines Krankenhauses spielt – ist er Verantwortungsträger oder Stakeholder? Bis auf wenige Ausnahmen gibt es in den Krankenhäusern in Deutschland die Einheit von Eigentum und Geschäftsführung nicht. Das Ausüben der Rechte, die sich aus der Verfügungsgewalt über das Eigentum ergeben, wird von dem Eigentümer des Krankenhauses – bis auf Ausnahmen – der Geschäftsführung übertragen. Daraus ergibt sich für den Eigentümer eine Dreifach-Rolle:

- Der Eigentümer ist im Regelfall Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats und nimmt dort gestaltende Funktionen wahr. So beschließt er als Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats den Wirtschaftplan und stellt den Jahresabschluss fest. Er bestellt die Mitglieder der Geschäftsführung und beruft diese ab. Er behält sich bestimmte konstitutive und Investitions-Entscheidungen vor.
- Er beansprucht, wie ein Stakeholder behandelt zu werden. Er erwartet von der Geschäftsführung, dass diese bei unternehmerischen Entscheidungen seine Anliegen unter anderem nach einer marktgerechten Verzinsung des von ihm eingesetzten Kapitals angemessen berücksichtigt.
- Der Eigentümer ist die Instanz, vor der die Geschäftsführung, möglicherweise auch andere Verantwortungsträger Rechenschaft ablegen müssen (s. Kap. 5.6).

Der besseren Übersicht wegen werden die Funktionen des Eigentümers als Mitglied des Aufsichts-/Verwaltungsrats in der weiteren Darstellung mit denen der Geschäftsführung zusammengefasst. Der Eigentümer wird im Folgenden als Stakeholder und als Kontrollinstanz zum Thema gemacht.

Auch andere Funktionen – Krankenhaus, Geschäftsführung, Führungskräfte und Mitarbeiter – spielen jeweils eine Mehrfach-Rolle:

- Sie sind einerseits Verantwortungsträger, von deren Entscheidungen andere betroffen sind.
- Als Verantwortungsträger beanspruchen sie möglicherweise die Befriedigung eigener Bedürfnisse und sind somit Verantwortungsträger und Adressat der Verantwortung in einer Person.

Beispiel

Der Chefarzt ist als Leiter einer klinischen Abteilung verantwortlich für die Befriedigung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen. Er ist befugt, Privatpatienten in der von ihm geleiteten Abteilung zu behandeln und bestrebt – weil nicht nur die Patienten, sondern auch er persönlich einen Nutzen davon hat (sein Einkommen und seine Reputation werden gemehrt) –, für diese Patienten die bestmögliche Behandlung und den bestmöglichen Service und Komfort zu gewährleisten – möglicherweise auch dadurch, dass er Entscheidungen fällt, die zu einer weniger guten Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

- Sie sind zum anderen Stakeholder in dem bisher verwendeten Sinne, also Betroffene von Entscheidungen anderer Funktionen.
- Und sie sind – das gilt für das Krankenhaus, für die Geschäftsführung und für die Führungskräfte – Kontrollinstanz und tragen damit Verantwortung dafür, dass die ihnen nachgeordneten Funktionen ihren Verpflichtungen gegenüber den Adressaten der Verantwortung sach- und zeitgerecht nachkommen.

5.4.2 Die Legimitation des Verantwortungsträgers

Das Handeln des Verantwortungsträgers ist dadurch legitimiert, dass es Regeln gibt, die der Akteur seinem Handeln zu Grunde legt – so z.B. Gesetze, Satzungen, Arbeitsverträge und ähnliches. Die Regeln sind dann legitimiert, wenn diese entsprechend der Grundidee der Goldenen Regel unter Beteiligung der Betroffenen oder deren Vertreter entwickelt worden sind und von diesen anerkannt werden.

Die Handlungen müssen in Übereinstimmung mit diesen Regeln stehen und – weil die Steuerungswirkung des Rechts für die Befriedigung zum Beispiel der Patienten-Bedürfnisse nicht immer ausreichend ist – durch die konsequente Berücksichtigung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung bei der Vorbereitung und der Realisierung der Handlungen gedeckt sein (s. Beispiel 1). Und: Sofern das Handeln in einer Weisung einer Führungskraft gegenüber einem Mitarbeiter besteht (s. Beispiel 2), ist dieses nur dann legitimiert, wenn sich die Weisung auf Aufgaben bezieht, die auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages zu den Pflichten des Mitarbeiters zählen.

Beispiel 1

Ein Krankenhaus darf einen Patienten nur dann in die stationäre Behandlung aufnehmen und damit die Verantwortung für dessen medizinische Behandlung übernehmen, wenn die Voraussetzungen dafür gemäß § 27 Abs. 1 SGB V gegeben sind, wenn die Gesundheit des Patienten nur mit den Mitteln des Krankenhauses wiederhergestellt werden kann. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in die stationäre Behandlung sind – und dieses ist durch die Formulierung der genannten Rechtsgrundlage nicht vorgesehen – den besonderen Bedürfnissen des Patienten Rechnung zu tragen.

Beispiel 2

Wenn eine Führungskraft eine Entscheidung fällt und das Ergebnis einem Mitarbeiter zur Ausführung anweist, ist die Führungskraft für dieses Handeln legitimiert durch
a) den eigenen Arbeitsvertrag, mit dem der Führungskraft eine bestimmte Entscheidungs- und Weisungsbefugnis zugeschrieben wird,
b) den Arbeitsvertrag, den der betroffene Mitarbeiter mit dem Krankenhaus geschlossen hat und der zum Inhalt hat, dass dem Mitarbeiter die ihm von der Führungskraft zugedachte Aufgabe übertragen werden darf, und eventuell zusätzlich durch
c) Unternehmensgrundsätze, die die Art der Anweisung (durch Befehl oder durch Empfehlung und Anregung) festlegt und die unter der Beteiligung der Personalvertretung, der Vertretung des betroffenen Mitarbeiters, zustande gekommen und möglicherweise Gegenstand des Arbeitsvertrages sind.

Die mehr globale Beschreibung der Aufgaben und Verpflichtungen der Verantwortungsträger in Kapitel 5.3.2, Verantwortungsbereich, wird in den folgenden Kapitel ergänzt, indem für jede Art von Verantwortungsträger dargestellt wird, welche Verpflichtungen diesem gegenüber diversen Adressaten obliegen und wodurch der Verantwortungsträger und dessen Handeln legitimiert ist. Die Dokumente, die den Verantwortungsträger für sein Handeln legitimieren, sind – bezogen auf die verschiedenen Verantwortungsträger – mit wenigen Ausnahmen immer wieder dieselben. Sie sollen deshalb der besseren Übersicht wegen vorab zusammengefasst – allerdings nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit – dargestellt werden:

- Die Grundlage für die Wahrnehmung von Verantwortung sind diverse Gesetze – wie zum

Beispiel das Grundgesetz (GG), das Aktiengesetz (AG), das Gesetz betreffend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbHG), diverse Arbeitsgesetze sowie das Mitbestimmungsgesetz (MitbestG), aber auch die Charta der Vereinten Nationen sowie die Normen, die unter dem Stichwort „Humanisierung der Arbeit" bekannt geworden sind.
- Hinzu kommen diverse für das Gesundheitswesen spezifische Rechtsvorschriften – wie zum Beispiel das jeweils für ein Krankenhaus zuständige Landeskrankenhausgesetz sowie diverse Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) V und eine Vielzahl von darauf aufbauenden Begleitgesetzen und Verordnungen.
- Das Krankenhaus ist schließlich durch den Versorgungsauftrag, der das Ergebnis der Krankenhausplanung ist, und durch den mit den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag legitimiert. Versorgungsauftrag und -vertrag legen fest, welche medizinischen Leistungen durch das Krankenhaus erbracht werden dürfen.
- Die verschiedenen Verantwortungsträger sind im Einzelfall durch den Gesellschaftervertrag, die Satzung oder ähnliche Dokumente des Krankenhauses legitimiert – aber auch durch Arbeitsverträge, die die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter mit dem Krankenhaus abgeschlossen haben, und mit deren Abschluss sich diese der Grundordnung des Krankenhauses sowie den Führungsbeziehungen zu ihrer jeweiligen Führungskraft unterwerfen. Das Handeln der Geschäftsführung, der Führungskräfte und der Mitarbeiter ist zum anderen durch die in dem Krankenhaus praktizierten Unternehmens- und Führungsgrundsätze, durch die Unternehmensziele sowie durch eine Vielzahl von Bestimmungen des Arbeitsrechts und anderer Gesetze legitimiert.
- Das Handeln der Ärzte ist legitimiert durch die Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Die Berufsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten sowie gegenüber den Berufskollegen (und der Ärztekammer).

5.4.3 Das Krankenhaus

Das Krankenhaus wird als eine Institution betrachtet, die – wie eine Person – für die Folgen seiner Handlungen gegenüber anderen Institutionen und Personen einstehen muss (Göbel 2006, S. 89ff.). Als Agenten des Krankenhauses tragen die in dem Krankenhaus tätigen Individuen eine Mit-Verantwortung, die dadurch zu einer eigenständigen Verantwortung wird, als die Individuen sich im Unternehmen nicht nur in einem festgelegten Rahmen bewegen, sondern ihrerseits diesen Rahmen gestalten können.

So gesehen trägt das Krankenhaus Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung gegenüber sieben Adressaten[46].

1. Das Krankenhaus ist verantwortlich dafür, dass die Kapazitäten, Ressourcen und Strukturen bereitgestellt werden, damit Menschen mit den Erkrankungen, die einer stationären Behandlung bedürfen und für deren Behandlung das Krankenhaus legitimiert ist, im Bedarfsfall unverzüglich aufgenommen sowie sach- und zeitgerecht behandelt werden können. Wenn dieses in dem Versorgungsauftrag und in dem Versorgungsvertrag so vorgesehen ist, bietet das Krankenhaus Leistungen der Vorsorge, der ambulanten und stationären Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege an und schafft die dafür notwendigen Voraussetzungen.
2. Es schließt mit dem einzelnen Patienten einen Behandlungsvertrag ab und verpflichtet sich damit, die medizinische Behandlung einschließlich der pflegerischen Betreuung sowie – soweit notwendig – die Unterkunft und die Verpflegung bereit zu stellen (Jungeblodt, S. 36). Es stellt darüber hinaus sicher, dass die Behandlung gemäß evidenz-basierter Leitlinien erfolgt.
3. Das Krankenhaus ist gegenüber seinem Eigentümer dafür verantwortlich, dass die von diesem zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen effektiv und effizient genutzt werden. Der Eigentümer erwartet von dem Krankenhaus eine marktgerechte Verzinsung des von ihm eingesetzten Kapitals.
   Das zuletzt genannte Anliegen des Eigentümers muss unabhängig von der Art des Krankenhaus-Eigentümers bzw. -Trägers befrie-

46 Mit der Reihenfolge der Adressaten werden eine Rangfolge und damit die Wichtigkeit der Bedürfnisse, die der Verantwortungsträger bei seinen Entscheidungen berücksichtigt, nicht zum Ausdruck gebracht. Dies gilt auch für die in den folgenden Kapiteln 5.4.4 bis 5.4.6 genannten Adressaten.

digt werden. Nicht nur der private Krankenhaus-Eigentümer hat diese Rendite-Erwartung. Auch die frei-gemeinnützigen und die öffentlichen Krankenhaus-Träger müssen im Regelfall Kapitaldienste bedienen, die sie aus unterschiedlichen Gründen in Anspruch nehmen müssen.

4. Das Krankenhaus ist schließlich gegenüber den Führungskräften und den Mitarbeitern dafür verantwortlich, Rahmen-Arbeitsbedingungen zu schaffen, damit die Führungskräfte und die Mitarbeiter ihre Potenziale zum Zwecke der Patientenbehandlung mit einer hohen Behandlungs- und Servicequalität und einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis wirksam werden lassen können. Von zentraler Bedeutung ist es, dass die für ein Krankenhaus aktuellen Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Führungskräfte und der Mitarbeiter entwickelt und implementiert werden.
5. Das Krankenhaus ist gegenüber der Gesellschaft, genauer: den Bürgern, die Steuern und Krankenkassenbeiträge entrichten, dafür verantwortlich, dass die dem Krankenhaus von der Gesellschaft (über die Krankenkassen und die Bundesländer) zur Verfügung gestellten Ressourcen zweckentsprechend und effizient eingesetzt werden. Diese Verantwortung schließt die Verpflichtung ein, die Gesellschaft umfassend über die Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel zu informieren.
6. Das Krankenhaus ist dafür verantwortlich – und das gilt im Regelfall auch für die anderen Akteure –, dass die Anliegen einer Vielzahl anderer, hier noch nicht genannter Stakeholder befriedigt werden. Als Beispiele seien nur genannt (s. auch Tab. 4): Patienten-/Behindertenverbände, Kammern, Berufsverbände, diverse Behörden, Gewerkschaften, andere Krankenhäuser, Lieferanten und Banken.
7. Das Krankenhaus legitimiert sich nicht nur durch die Realisierung des zwischen ihm und den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrags, sondern auch durch die Übernahme anderer gesellschaftsbezogener Verpflichtungen. So leisten zum Beispiel immer mehr Krankenhäuser Beiträge zur Integration ausländischer Mitbürger und zum Schutz der Umwelt, indem sie die vielen technischen Systeme auf energiesparende Systeme umstellen und die Entsorgung gefährlicher Abfälle umweltschonend organisieren.

5.4.4 Die Geschäftsführung

Es sind die in dem Krankenhaus aktiven Individuen, die den Rahmen als Basis für das Wahrnehmen von Verantwortung durch das Unternehmen als auch durch die in diesen tätigen Individuen entwickeln und weiterentwickeln. Vor allem die Geschäftsführung ist es, die mit der Gestaltung der Mission, der Vision, der Unternehmensgrundsätze, der Unternehmensziele, der für die Realisierung der Unternehmensziele erforderlichen organisatorischen Grundstruktur sowie schließlich der Beziehungen zu der Krankenhaus-Umwelt die Voraussetzungen dafür schafft, dass den Bedürfnissen einer großen Zahl verschiedener Stakeholder bei unternehmerischen Entscheidungen Rechnung getragen werden kann.

Bei der Beschreibung der Verantwortung der Geschäftsführung, der Führungskräfte (s. Kap. 5.4.5) wie auch der der Mitarbeiter (s. Kap. 5.4.6) wird ein Führungskonzept unterstellt, das durch einen partizipativen Führungsstil charakterisiert ist. Das Führungskonzept des Krankenhauses sieht die Übertragung von Entscheidungskompetenzen mit einschlägigen Entscheidungsspielräumen an die Führungskräfte und Mitarbeiter möglichst an der Basis des Krankenhauses vor. Letztere füllen die Spielräume durch eigene Handlungen aus, für deren Folgen sie die Verantwortung tragen.

So gesehen trägt die Geschäftsführung Verantwortung gegenüber sechs Adressaten:

1. Verantwortung trägt die Geschäftsführung gegenüber den Patienten. Sie kommt dieser dadurch nach, indem sie die für eine evidenzbasierte Behandlung notwendigen Strukturen und Prozesse so gestaltet, dass die zur Verfügung stehenden Kapazitäten und Ressourcen effektiv und effizient im Sinne der Befriedigung der Patienten-Bedürfnisse eingesetzt werden können.
2. Die Geschäftsführung ist den einweisenden Ärzten gegenüber dafür verantwortlich, dass diese sich über die Art, den Fortgang und den Abschluss der stationären Behandlung der von ihnen eingewiesenen Patienten sowie über die Notwendigkeit und die Bedingungen einer eventuell an die stationäre Behandlung anzuschließenden ambulanten Behandlung einschließlich der Pflege und Rehabilitation zeitnah informieren können. Sie kommt dieser Verantwortung dadurch nach, dass sie die dafür notwendigen personellen, technischen

und organisatorischen Vorkehrungen veranlasst.

3. Die Geschäftsführung ist verantwortlich dafür, dass die Bewohner des Krankenhaus-Einzugsgebietes im Bedarfsfall und für den Fall, dass das Krankenhaus dafür legitimiert ist, uneingeschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe haben. Sie organisiert das Krankenhaus so, dass medizinische Hilfe im Bedarfsfall rund-um-die-Uhr geleistet werden kann.
4. Sie ist gegenüber den Führungskräften und den Mitarbeitern für die Gestaltung der Rahmen-Arbeitsbedingungen, soweit nicht dem Krankenhaus vorbehalten, verantwortlich. Sie schafft die Voraussetzungen dafür, dass die Führungskräfte und deren Mitarbeiter ihre Potenziale für die Realisierung der Unternehmensziele wirksam werden lassen und ihre eigenen Interessen – soweit diese als legitim akzeptiert worden sind – durchsetzen können.
   Die Geschäftsführung ist schließlich für die Eignung der Führungskräfte für die ihnen zugewiesenen Leitungs- und ausführenden Aufgaben verantwortlich. Wenn Führungskräfte wegen nicht ausreichender Qualifikation die ihnen übertragenen Aufgaben nicht sach- und zeitgerecht realisieren wollen und/oder können, dann ist die Geschäftsführung für die Handlungsfolgen verantwortlich und gegenüber der Führungskraft für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Wertschätzung und Sicherheit – Letzteres im Sinne von Bewältigenkönnen der zugewiesenen Aufgaben.
   Gleiches gilt für das Einhalten der in dem Unternehmensleitbild festgelegten Verhaltens-Normen.
   Die Geschäftsführung überzeugt sich regelmäßig davon, ob die Führungskräfte den ihnen gestellten Aufgaben gerecht werden wollen und/oder der können. Gegebenenfalls veranlasst sie, dass festgestellte Wollens- und/oder Fähigkeitsdefizite durch geeignete Entwicklungsmaßnahmen beseitigt werden – vorausgesetzt, die Führungskraft verfügt über die notwenigen Entwicklungspotenziale.
   Die Geschäftsführung ist den Führungskräften gegenüber dafür (mit-)verantwortlich, dass zwischen der Geschäftsführung und der Führungskraft nur solche Ziele als Grundlage für das Tätigwerden der Führungskräfte vereinbart werden, die unter den gegenwärtigen Erfüllungsbedingungen erreicht werden können. Wenn ein Ziel wegen unklarer Zieldefinition und/oder unzureichender Erfüllungsbedingungen nicht realisiert werden kann, trägt die Geschäftsführung die Verantwortung für die Handlungsfolgen und gegenüber der Führungskraft für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Sicherheit und Wertschätzung.
5. Die Geschäftsführung gestaltet die Strukturen des Krankenhauses und die Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse auf der strategischen Ebene so, dass nicht nur eine optimale Behandlungs- und Servicequalität, sondern auch ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis das Ergebnis ist. Die Finanzmittel, die dem Krankenhaus von den Krankenkassen und von den Bundesländern für die Deckung der Betriebs- bzw. der Investitionskosten zur Verfügung gestellt werden, werden effizient eingesetzt.
6. Die Geschäftsführung ist auf der operativen Ebene dafür verantwortlich, dass die Interessen des Eigentümers befriedigt werden, sodass dieser für ein finanzielles Engagement langfristig gebunden werden kann und die Existenz des Krankenhauses damit gesichert ist.

5.4.5 Führungskräfte

Die Führungskräfte tragen Verantwortung bzw. Mit-Verantwortung gegenüber sieben Adressaten.

1. Die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste sind als Agenten der Patienten dazu verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten bestmöglich, das heißt im Regelfall evidenz-basiert, behandelt werden. Diese Verantwortung nehmen sie gegenüber einem Teil der Patienten persönlich wahr; die Behandlung der anderen Patienten erfolgt in ihrem Auftrag durch Mitarbeiter.
   Die Führungskräfte des Verwaltungs-, Wirtschafts-, Versorgungs- und des technischen Bereichs sind den Patienten gegenüber mittelbar verantwortlich. Sie erbringen – teilweise persönlich, zum anderen vertreten durch ihre Mitarbeiter – jene Supportleistungen, ohne die die Behandlungsleistungen nicht erbracht werden könnten (wie zum die War-

tung medizin-technischer Geräte oder die Reinigung der OP-Säle).
Als Leiter einer Organisationseinheit verwenden die Führungskräfte einen zunehmenden Teil ihrer Arbeitszeit dafür, in ihrem Verantwortungsbereich die Arbeitsbedingungen auf der Grundlage der Rahmen-Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Qualität und die Effizienz der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungs-Prozesse kontinuierlich gesteigert und die vorhandenen Ressourcen mit einem höheren Nutzen für die Patienten eingesetzt werden können.

2. Gegenüber den Bewohnern des Krankenhaus-Einzugsgebietes verpflichten sich die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste, den Zugang zu medizinischen Leistungen entsprechend den strategischen Vorgaben der Geschäftsführung jederzeit zu ermöglichen.
   Die Rolle der Führungskräfte aus den nichtmedizinischen Supportbereichen ist in diesem Zusammenhang mit jener identisch, die unter Ziffer 1. beschrieben worden ist.
3. Die Führungskräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Medizin-Technischen Dienstes und anderer unmittelbar der Patientenbehandlung dienender Dienste gewährleisten, dass sich die einweisenden Ärzte einschlägig informieren können (s. Kap. 5.4.4, Ziffer 2).
   Die Rolle der Führungskräfte aus den nichtmedizinischen Supportbereichen ist in diesem Zusammenhang mit jener identisch, die unter Ziffer 1. beschrieben worden ist.
4. Die Führungskräfte tragen Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern. Sie operationalisieren die durch das Krankenhaus und die Geschäftsführung festgelegten Rahmen-Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter so, dass die Mitarbeiter die ihnen übertragenen Aufgaben sach- und zeitgerecht realisieren wollen und können.
   Führungskräfte sind schließlich verantwortlich für die Eignung ihrer Mitarbeiter für die ihnen zugewiesenen Aufgaben. Wenn Mitarbeiter wegen nicht ausreichender Qualifikation die ihnen übertragenen Aufgaben nicht sach- und zeitgerecht realisieren wollen und/oder können, dann ist die Führungskraft für die Handlungsfolgen verantwortlich und gegenüber dem Mitarbeiter für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Wertschätzung und Sicherheit – Letzteres im Sinne von Bewältigenkönnen der übertragenen Aufgaben.
   Gleiches gilt für das Einhalten der in dem Unternehmensleitbild festgelegten Verhaltens-Normen.
   Die Führungskräfte überzeugen sich regelmäßig davon, ob ihre Mitarbeiter den ihnen gestellten Aufgaben gerecht werden wollen und/oder können. Gegebenenfalls veranlassen sie, dass festgestellte Wollens- und/oder Fähigkeitsdefizite durch geeignete Entwicklungsmaßnahmen beseitigt werden – vorausgesetzt, der Mitarbeiter verfügt über die notwenigen Entwicklungspotenziale.
   Führungskräfte sind ihren Mitarbeitern gegenüber dafür (mit-)verantwortlich, dass zwischen der Führungskraft und deren Mitarbeiter nur solche Ziele als Grundlage für das Tätigwerden der Mitarbeiter vereinbart werden, die unter den gegenwärtigen Erfüllungsbedingungen erreicht werden können. Wenn ein Ziel wegen unklarer Zieldefinition und/oder unzureichender Erfüllungsbedingungen nicht realisiert werden kann, trägt die Führungskraft die Verantwortung für die Handlungsfolgen und gegenüber dem Mitarbeiter für das Nicht-Befriedigen des Bedürfnisses nach Sicherheit und Wertschätzung.
5. Die Führungskräfte nehmen als Agenten des Krankenhauses dessen Interessen wahr, und zwar nach innen wie nach außen. Sie sind dafür mit-verantwortlich, dass das Krankenhaus seinen institutionellen Verpflichtungen nachkommen kann.
6. Die Führungskräfte sind gegenüber dem Krankenhaus-Eigentümer und gegenüber der Gesellschaft, vertreten durch die Krankenkassen und die für die Bereitstellung der Fördermittel zuständigen Behörden, für den effektiven und effizienten Umgang mit den zur Verfügung gestellten Finanzmitteln verantwortlich. Sie kommen dieser Verantwortung nach, indem sie zu der Weiterentwicklung der organisatorischen Grundstruktur zu einer prozessorientierten Organisation beitragen; sie schaffen damit die Voraussetzungen für die weitere Steigerung der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsqualität sowie für die Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses.

7. Führungskräfte, vor allem die Leiter medizinischer Kliniken, vertreten auch eigene Interessen (Kersting, S. 294ff.) und sind damit gewissermaßen sich selbst gegenüber verantwortlich. Die Chefärzte spielen somit eine Doppel-Rolle. Sie sind in einer Person zum einen Träger von Verantwortung und zum anderen Stakeholder; sie berücksichtigen bei ihren Entscheidungen nicht nur die Anliegen diverser Stakeholder, sondern auch ihre eigenen Interessen.

5.4.6 Mitarbeiter

Die Mitarbeiter tragen Verantwortung gegenüber vier Adressaten.

1. Gegenüber den Patienten sind sie als deren Agenten verantwortlich für die Durchführung der von dem für die Behandlung des Patienten verantwortlichen Arzt angeordneten Maßnahmen der Diagnostik, der Therapie und der Behandlungspflege. Sie sind gegenüber dem Patienten auch verantwortlich für alle Handlungen der Grundpflege.
2. Die Mitarbeiter, die nicht unmittelbar mit der Patienten-Behandlung befasst sind, tragen Verantwortung gegenüber den Mitgliedern des therapeutischen Teams für die Bereitstellung jener Materialien und Dienste, die notwendig sind, damit die Mitglieder des therapeutischen Teams ihrer Verantwortung gegenüber dem Patienten nachkommen können.
3. Die im Krankenhaus behandelnden Ärzte sind gegenüber den einweisenden Ärzten dafür verantwortlich, dass diese umfassend und zeitnah über die Behandlung der von diesen eingewiesenen Patienten informiert werden. Vor allem der Entlassungsbericht wird zusammen mit der Entlassung des Patienten von dem niedergelassenen Arzt benötigt, damit dieser seiner Verantwortung gegenüber dem Patienten für die eventuell erforderliche weitere Behandlung einschließlich Pflege und Rehabilitation gerecht werden kann.
4. Die Mitarbeiter sind gegenüber dem Krankenhaus sowie dessen Repräsentanten – Geschäftsführung, Führungskräfte – dafür verantwortlich, einen eigenen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele zu leisten.

5.5 Adressaten der sozialen Verantwortung

5.5.1 Charakterisierung

Die Adressaten sozialer Verantwortung sind Personen oder Institutionen, denen gegenüber das Krankenhaus und/oder die für dieses tätigen Akteure ihre Verantwortung erklären, oder die das Krankenhaus und die Verantwortungsträger für die Folgen unternehmerischen Handelns in Anspruch nehmen wollen (Göbel 2006, S. 100) (s. Tab. 4). Um die Anliegen der Stakeholder bei unternehmerischen Entscheidungen angemessen berücksichtigen zu können, um vor allem auch vorhersehen zu können, wie und mit welcher Durchsetzungsfähigkeit die Stakeholder auf unternehmerische Entscheidungen möglicherweise reagieren werden, ist es erforderlich, dass die Verantwortungsträger die Adressaten näher kennen lernen. Dabei gibt es vier Aspekte, die besondere Beachtung verdienen:

- Viele Stakeholder nehmen nicht nur eine passive Rolle als durch unternehmerische Entscheidungen Betroffene ein. Sie versuchen vielmehr, die Entscheidungen der Geschäftsführung und/oder anderer Entscheidungsträger reaktiv und/oder proaktiv zu beeinflussen. Insofern ist es für den Verantwortungsträger wichtig zu wissen, welchen Einfluss der Stakeholder in welcher Stärke geltend machen kann, um seine Interessen möglichst umfassend wirksam werden zu lassen (s. Kap. 5.5.2). Die Adressaten der Verantwortung zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie durch eigene Beiträge die Weiterentwicklung des Krankenhauses oder einzelner seiner Organisationseinheiten in qualitativer und in ökonomischer Hinsicht gestalten wollen.
- Der Verantwortungsträger muss bei der Vorbereitung seiner Entscheidungen berücksichtigen, dass die Interessen der verschiedenen Stakeholder nicht selten zueinander in Beziehung stehen (Göbel, S. 64ff.) und sich gegenseitig beeinflussen. So kann die Befriedigung eines Stakeholder-Anliegens dazu beitragen, dass die Bedürfnisse anderer Stakeholder bei Entscheidungen nicht berücksichtigt werden können oder dass mit dieser Bedürfnis-Befriedigung auch noch andere Stakeholder zufrieden gestellt werden (s. Beispiel) (s. Kap. 5.5.3).

Beispiel

Die Geschäftsführung kann davon ausgehen, dass die Investition in die Arbeitsbedingungen und damit in die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation zu einer Steigerung der Behandlungsqualität und in deren Folge zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Krankenhauses führt. Das Anliegen der Patienten nach zufriedenstellender Behandlung, das der Mitarbeiter des Krankenhauses nach guten Arbeitsbedingungen sowie das Interesse des Krankenhaus-Eigentümers nach einer besseren Auslastung der vorgehaltenen Behandlungskapazitäten und damit der Steigerung der Effizienz werden gleichermaßen befriedigt.

- Die im Krankenhaus tätigen Adressaten, also die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter, haben in Bezug auf die Patientenbehandlung zwei Arten von Bedürfnissen. Es werden primäre von sekundären Bedürfnissen unterschieden (Klemperer, S. 2098):
  - Die primären Interessen werden aus der Mission des Krankenhauses, aus seinem Versorgungsauftrag abgeleitet. Es ist die bestmögliche Behandlung der Patienten, zu denen Ärzte, Pflegekräfte und die Vertreter paramedizinischer Berufe unmittelbar beitragen. Die Mitarbeiter des Verwaltungs-, Wirtschafts-, Versorgungs- und Technischen Bereichs leisten ihren Beitrag zu der Patienten-Behandlung mittelbar.
    Zu den primären Interessen zählen auch die persönlichen Bedürfnisse der genannten Akteure – zum Beispiel nach Sicherheit, damit sind im Regelfall sowohl die Arbeitsplatzsicherheit, aber auch die Sicherheit, die übertragenen Aufgaben sach- und zeitgerecht realisieren zu können, gemeint, und nach Wertschätzung.
  - Zu den sekundären Anliegen der genannten Adressaten-Gruppe zählt das Bemühen um bestmögliche Rahmenbedingungen als Voraussetzung für das Realisieren der primären Interessen.
- Ein Verantwortungsträger muss bei Entscheidungen, an denen mehrere Personen beteiligt sind, davon ausgehen, dass es eventuell unterschiedliche Präferenzen der übrigen an der Entscheidung beteiligten Personen in Bezug auf einzelne Stakeholder gibt. Gleiches gilt für Verantwortungsträger, die zwar an der zu fällenden Entscheidung nicht beteiligt sind, die aber mittelbar ein Interesse an dem Ergebnis haben könnten (s. Kap. 5.5.4).
- Die Adressaten der Verantwortung zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie durch eigene Beiträge die Weiterentwicklung des Krankenhauses oder einzelner seiner Organisationseinheiten in qualitativer und in ökonomischer Hinsicht gestalten wollen.

Stakeholder haben nicht nur Bedürfnisse, die es bei den Entscheidungen der Verantwortungsträger zu berücksichtigen gilt. Einige von ihnen haben auch Pflichten. So sind zum Beispiel die Führungskräfte und die Mitarbeiter sowohl Adressaten der Verantwortung und erwarten in dieser Rolle, dass ihren Anliegen bei den Entscheidungen der Verantwortungsträger Rechnung getragen wird. Sie haben als Verantwortungsträger des Krankenhauses diesem gegenüber Pflichten zu erfüllen, die sich zum Beispiel aus dem Arbeitsvertrag ergeben.

5.5.2 Der Einfluss der Adressaten

Einführung

Die Stakeholder machen auf unterschiedliche Weise ihren Einfluss geltend:
- Einerseits ist es ihre Verortung in einer der Allokationsebenen des Gesundheitssystems und die formale Basis für die Geltendmachung des Einflusses.
- Die Stärke des Stakeholder-Einflusses wird auch dadurch bestimmt, wie wichtig dem Krankenhaus und/oder einzelnen seiner Verantwortungsträger die Beiträge der Stakeholder für die Existenz und/oder das erfolgreiche Funktionieren des Krankenhauses insgesamt oder einzelner seiner Leistungsbereiche sind.

Die Allokationsebene und die formale Grundlage des Stakeholder-Einflusses

In der Literatur werden vor allem zwei Merkmale genannt, anhand derer sich die Möglichkeiten und die Stärke des reaktiven oder proaktiven Einflusses von Stakeholdern auf Entscheidungen von Verantwortungsträgern charakterisieren lassen (in Anlehnung an Staehle, S. 401f.):
- Es ist zum einen die Allokationsebene (Makro-, Mikro- oder Mesoebene), in der ein Nutznießer bzw. ein Betroffener unternehmerischer Entscheidungen angesiedelt ist und von wo aus er seine Interessen durchsetzen will.

- Ferner ist es die formale Basis, von der aus Stakeholder ihren Einfluss auf unternehmerische Entscheidungen geltend machen können.

Die konkreten Ausprägungen dieser beiden Eigenschaften zusammen genommen sind Ausdruck der Stärke des Einflusses, mit dessen Hilfe die Adressaten die Realisierung des von ihnen erwarteten Nutzens sichern können.

Die Geschäftsführung muss sich also zum einen mit dem Spannungsfeld zwischen dem Wohlergehen einzelner Patienten auf der Mikroebene einerseits und öffentlicher Wohlfahrt auf der Makroebene zum anderen auseinandersetzen (s. Beispiel 1) – mit einem Spannungsfeld, das wegen der Begrenztheit der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen besteht und wachsen wird.

Beispiel 1

Wenn das Krankenhaus, um den Bewohnern seines Einzugsgebietes im Bedarfsfall den zeitlich uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen zu gewährleisten (= gesellschaftliche Interessen), eine Rettungsstelle betreibt, die ohne Unterbrechung geöffnet ist, dann werden dadurch Ressourcen gebunden, die für die stationäre Behandlung einzelner Patienten (= private/persönliche Interessen) fehlen, was dort möglicherweise zur Unterversorgung führt.

Die Stakeholder machen ihren Einfluss auf unterschiedlichen formalen Grundlagen geltend. Die Beziehung zwischen einem Krankenhaus auf der einen Seite und dem Stakeholder andererseits kann rechtlicher, vertraglicher, finanzieller oder auch politischer Art sein. Eine Kombination der Kriterien ist möglich. So sind die Krankenhäuser einerseits rechtlichen (z.B. durch das Sozialgesetzbuch V) und zum anderen finanziellen (z.B. durch die Budget-Vereinbarungen mit den Krankenkassen) Einflüssen ausgesetzt. Hinzu kommt – das gilt im Regelfall nur für die Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft – nicht selten politischer Einfluss dadurch, dass der Krankenhausträger (z.B. ein Landkreis, eine Gemeinde oder ein Bundesland) durch Mitglieder in den Aufsichtsgremien vertreten wird, die dort nicht nur Entscheidungen der Krankenhausträger, die sie vertreten, sondern gegebenenfalls auch Beschlüsse politischer Parteien durchsetzen wollen (s. Beispiel 2).

Beispiel 2

Im Regelfall hat das Krankenhaus nur einen geringen Spielraum bei der Entscheidung, ob eine Rettungsstelle betrieben wird oder nicht. Wenn aber durch eine politische Entscheidung im Krankenhausplan eines Bundeslandes festgelegt ist, dass ein Krankenhaus eine Rettungsstelle zu betreiben hat, dann ist dies für die Bewohner des Krankenhaus-Einzuggebietes die rechtliche Basis für den zeitlich uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen.

Die politische Grundlage, auf die ein Stakeholder seinen Einfluss gründet, wird hier sehr weit interpretiert. So wird zum Beispiel auch die Fürsprache eines Patienten oder die Beurteilung einer Führungskraft zwecks Förderung eines Mitarbeiters als Einfluss des Mitarbeiters auf politischer Grundlage interpretiert.

In der Praxis wird es eher eine Kombination dieser beiden Arten von Kriterien sein, die die unternehmerischen Entscheidungen der Verantwortungsträger beeinflussen. Wenn man diesem Gedanken folgt, liegt es nahe, die Adressaten (beispielhaft) in einer Matrix, die sich aus diesen beiden Kriterien entwickeln lässt, zu positionieren (s. Tab. 10). Dabei können einzelne Adressaten durchaus mehreren Feldern zugeordnet werden – was in der Beispiel-Matrix nicht durchgängig realisiert worden ist.

Beispiel 1[47]

Patienten haben ein privates/persönliches Interesse und ein in einschlägigen Gesetzen verbrieftes Recht, im Falle einer entsprechenden Erkrankung stationär behandelt zu werden. Wenn die Behandlung notwendig wird, schließt der Patient mit einem Krankenhaus einen Behandlungsvertrag ab, der dessen Leistung (= Behandlung) und die Gegenleistung des Patienten bzw. einer Krankenkasse für diesen (= Honorierung der erfolgten Behandlung) beschreibt und aus dem sich im Falle einer Schlechtleistung Forderungen gegenüber dem Krankenhaus und/oder dem den Patienten behandelnden Mitarbeiter ableiten lassen.

47 Die Nummerierung der nun folgenden Beispiele 1–4 entspricht der Nummerierung in der Tabelle 10.

Tab. 10 Charakterisierung der Krankenhaus-Stakeholder (in Anlehnung an Freeman, S. 62f.)

	Einfluss der Stakeholder auf			
Allokationsebene	**rechtlicher Grundlage**	**vertraglicher Grundlage**	**finanzieller Grundlage**	**politischer Grundlage**
Private Interessen (Mikroebene)	Patient (Beispiel 1) Mitarbeiter	Patient (Beispiel 1) Mitarbeiter		Mitarbeiter (Beispiel 4)
Privatwirtschaftliche Interessen (Mesoebene)	Eigentümer (Beispiel 2)	Eigentümer (Beispiel 2) Lieferant Banken Versicherer Arzt mit Privatpatienten	Eigentümer (Beispiel 2) Region als Wirtschaftsregion	Eigentümer (Beispiel 2)
Gesellschaftliche Interessen (Makroebene)	Krankenkassen (Beispiel 3) diverse Verbände Bewohner des Krankenhaus-Einzugsgebiets	Krankenkassen (Beispiel 3)	Krankenkassen (Beispiel 3)	Staat in diversen Rollen politische Parteien diverse Patientenverbände

Beispiel 2

Eigentümer der Krankenhäuser sind durch privatwirtschaftliche Interessen geleitet, wenn sie erwarten, dass die Behandlungs-Leistungen zu Kosten erbracht und/oder zu Entgelten angeboten werden, die eine angemessene Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals und darüber hinaus das Erzielen eines Gewinnes zulassen.

Durch die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Bundeslandes – dazu ist der Beschluss der dafür zuständigen politischen Gremien erforderlich – und den damit zustande gekommenen Versorgungsauftrag sowie durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen ist die rechtliche und die vertragliche Basis für die nachhaltige Sicherung des finanziellen Eigentümer-Engagements geschaffen worden.

Beispiel 3

Krankenkassen schließen zur Befriedigung gesellschaftlicher Interessen auf der Basis von Versorgungsaufträgen mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge ab. Sie erwarten von den Krankenhäusern die evidenz-basierte Behandlung ihrer Versicherten mit einem möglichst befriedigenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

Die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge

Es fragt sich allerdings, ob mit der Allokationsebene und der formalen Grundlage die Möglichkeiten der Stakeholder, Einfluss auf die Entscheidungstätigkeit der Verantwortungsträger auszuüben, ausreichend beschrieben sind. Spielt nicht auch der Grad der Abhängigkeit oder der Bindung zwischen dem Krankenhaus und den Stakeholdern eine Rolle, wenn es darum geht herauszufinden, welchen Einfluss ein Stakeholder auf Entscheidungen der Verantwortungsträger ausüben kann (Mayntz, S. 46) (s. Beispiel 4)? Welche Koalitionen geht der Stakeholder eventuell mit anderen Stakeholdern ein, um seine Interessen durchsetzen zu können? Welches Risiko ist der Stakeholder eingegangen, das sein Bestreben für das Durchsetzen seiner Interessen bestimmt?

Beispiel 4

Ein hochqualifizierter, für bestimmte Verrichtungen der Diagnostik bzw. der Therapie spezialisierter Mitarbeiter wird dringend benötigt, damit bestimmte, neu in das Leistungsangebot des Krankenhauses aufgenommene medizinische Leistungen erbracht werden können. Dieser Mitarbeiter erhält häufig interessante Stellenangebote anderer Arbeitgeber.

Die Folgen: Der Grad der Abhängigkeit seines derzeitigen Arbeitgebers von diesem Mitarbeiter ist sehr hoch. Die Bindung des Mitarbeiters an das Krankenhaus ist dagegen eher gering.

Im Zusammenhang mit der erwähnten Erweiterung des Leistungsangebotes mussten organisatorische Änderungen vorgenommen werden. Der Mitarbeiter hat es auf Grund der Stärke seines Einflusses erreicht, dass die Arbeitsinhalte auf ihn zugeschnitten wurden, obwohl sich dieses nachteilig für den Leistungsbereich insgesamt sowie für eine Reihe anderer Mitarbeiter auswirkt (zu den Vor- und Nachteilen aufgaben- bzw. personenbezogener Stellenbildung s. Naegler et al.; S. 187f.).

Wenn ein Adressat einen Beitrag leistet, der für das Krankenhaus oder für einzelne Verantwortungsträger von besonderer Wichtigkeit ist, dann wird dessen Anliegen anders bewertet als das Anliegen von Stakeholdern, die keinen oder einen Beitrag leisten, der von den Verantwortungsträgern als nicht relevant charakterisiert wird. Deshalb empfiehlt es sich, bei der Bewertung und Gewichtung der Stakeholder-Anliegen auch deren Beiträge mit zu denken.

Nahezu alle Stakeholder erwarten nicht nur Leistungen von dem Krankenhaus, sondern leisten ihrerseits Beiträge. In der Abbildung 32 sind Leistungen und Gegenleistungen für ausgewählte Stakeholder zusammengefasst (Näheres dazu s. Kap. 8.3.2).

5.5.3 Beziehungen zwischen Stakeholder-Anliegen

Die Berücksichtigung der verschiedenen Stakeholder-Interessen als Grundlage unternehmerischer Entscheidungen ist für die Geschäftsführung im Sinne des Ausgleichs der Interessen auch deshalb eine besondere Herausforderung, weil die Interessen nicht selten in unterschiedlichen Beziehung zueinander stehen (Göbel, S. 64ff.). Diese Beziehungen lassen sich unter anderem charakterisieren als

1. **Antinomie**: Die von den Interessenten verfolgten Ziele schließen sich gegenseitig aus.
2. **Konkurrenz**: Das Verfolgen eines Zieles wirkt sich auf das Realisieren eines anderen Zieles negativ aus.
3. **Komplementarität**: Das Verfolgen eines Zieles unterstützt das Verfolgen eines anderen Zieles.

Die des Weiteren möglichen Ziel-Beziehungen „Identität" und „Neutralität" spielen im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung keine Rolle und werden deshalb nicht weiter erörtert.

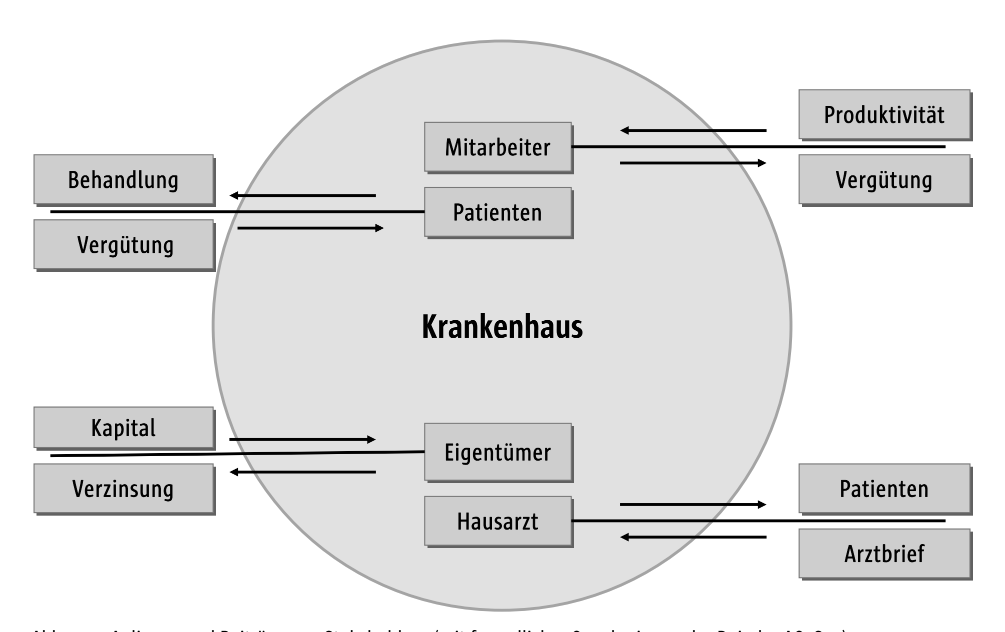


Abb. 32 Anliegen und Beiträge von Stakeholdern (mit freundlicher Genehmigung der Daimler AG, S. 1)

Zu 1. Antinomie: Die von den Interessenten verfolgten Ziele schließen sich gegenseitig aus

Immer wieder wird von den Gegnern eines erwerbswirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens unter dem Schlagwort „Ethik versus Monethik" behauptet, privatwirtschaftliches Gewinnstreben sei mit dem Bemühen um die Realisierung von Behandlungszielen, die medizinischen und sozialen Standards sowie moralischen Prinzipien und gesellschaftlichen Interessen gleichermaßen verpflichtet sind, nicht vereinbar. Diese Ziel-Antinomie ist in der Tat gegeben, wenn man davon ausgehen muss, dass die erzielten Gewinne überwiegend oder gar vollständig an die Eigentümer des Krankenhauses als Verzinsung des zur Verfügung gestellten Kapitals und als Gewinn ausgeschüttet werden sollen.

Zu 2. Konkurrenz: Das Verfolgen eines Zieles wirkt sich auf das Realisieren eines anderen Zieles negativ aus

Wenn Gewinnerzielung nicht das primäre und ausschließliche Ziel für den Betrieb eines Krankenhauses ist und die Gewinnerzielung als Basis für die nachhaltige Sicherung und Weiterentwicklung des Krankenhauses und damit für das Aufrechterhalten seines Versorgungsangebotes auf hohem qualitativem Niveau angesehen wird (Paul Gerhardt Diakonie e.V., S. 5; DRK Kliniken Berlin, S. 6), ist diese mit den Prinzipien des Managements der sozialen Verantwortung vereinbar. Die Geschäftsführung muss aber festlegen, mit welchem Gewicht die konkurrierenden Stakeholderziele bei den unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen (s. Beispiel 1).

Beispiel 1 (s. Abb. 24)

Der Krankenhaus-Eigentümer ist neben der Verfolgung auch anderer Ziele im Sinne der erwähnten Zweckbindung der erzielten Gewinne an einer angemessenen Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals interessiert. Er wird deshalb von der Geschäftsführung erwarten, dass diese die Behandlungs- und Supportprozesse so organisiert und/oder dass sie gegebenenfalls die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Arbeitsplatzsicherheit und einem auskömmlichen Einkommen einschränkt, um einen möglichst hohen Gewinn der Erlöse über die Kosten und damit eine marktgerechte Rendite für das eingesetzte Kapital realisieren zu können.

Wenn die Geschäftsführung dagegen die Interessen der Patienten und die der Mitarbeiter mit einem höherem Gewicht als die Erwartungen des Krankenhaus-Eigentümers berücksichtigt, muss Letzterer seine Erwartungen nach einer Rendite möglicherweise nach unten korrigieren.

Zu 3. Komplementarität: Das Verfolgen eines Zieles unterstützt das Verfolgen eines anderen Zieles

Bei dieser Art von Zielbeziehung – immer wieder auch als Zielharmonie bezeichnet – kommt der Verantwortungsträger nicht selten in Erklärungsnöte (s. Beispiel 2). Es ist nämlich nicht immer eindeutig erkennbar, welches Ziel tatsächlich verfolgt werden soll und welches Ziel quasi als Nebenprodukt zu dem Erreichen des ersten Zieles auch realisiert wird. Je nach dem Standpunkt des Adressaten werden die Absichten des Verantwortlichen möglicherweise auch uminterpretiert.

Beispiel 2

Diverse Bedürfnisse der Mitarbeiter werden durch die Zurverfügungstellung bedarfsgerechter Strukturen und Prozesse sowie durch die bedarfsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen befriedigt. Dies trägt zur Verbesserung der Mitarbeitermotivation und als Folge davon zur Steigerung der individuellen Leistung der Mitarbeiter bei.

Damit wird die Befriedigung der Patienten-Bedürfnisse zum Beispiel nach sicherer Behandlung unterstützt. Die dadurch gesteigerte Patientenzufriedenheit hat eine zunehmende Inanspruchnahme des Krankenhauses und damit verbesserte finanzielle Ergebnisse zu Folge.

Die Bedürfnisse der Patienten, die der Mitarbeiter sowie die des Eigentümers sind komplementär.

Ausgehend von dem zuletzt erwähnten Beispiel wird deutlich, dass die Entscheidung des Verantwortungsträgers Geschäftsführung unterschiedlich gelesen werden kann:

1. Die Geschäftsführung wird ihre Entscheidung damit begründen, dass sie primär die Befriedigung der Patienten- und die der Mitarbeiter-Bedürfnisse im Blick hat, und die Befriedigung der Eigentümer-Interessen als eine angenehme zusätzlich Folge ihrer Handlung darstellen.
2. Personen, die der Geschäftsführung eher mit Misstrauen begegnen, werden dieser vorhalten, dass sie ausschließlich die Eigentümer-Interessen nach einer möglichst hohen Rendite im Sinn habe, und die Patienten und die Mitarbeiter instrumentalisiere.

5.5.4 Beziehungen zwischen Stakeholdern und Verantwortungsträgern

Die Geschäftsführung wird angesichts der großen Zahl der Interessenten (s. Tab. 4) und der Heterogenität der von diesen vertretenen Bedürfnisse nicht in der Lage sein, Letzteren in Gänze gerecht zu werden, alle Betroffenheiten als Folge der unternehmerischen Entscheidungen zum Ausgleich zu bringen. Dies gilt umso mehr, als die heterogenen Interessen eine größere Zahl von Agenten innerhalb des Kreises der Verantwortungsträger finden oder auch in der Gruppe derjenigen, die zusammen mit dem Verantwortungsträger eine Entscheidung fällen (s. Abb. 33), die nicht immer übereinstimmende Ziele hinsichtlich des anzustrebenden Interessenausgleichs verfolgen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich immer wieder eine Beziehung zwischen einem Stakeholder und einem Verantwortungsträger in ihr Gegenteil verkehrt und der Verantwortungsträger hofft, dass seine Bedürfnisse von dem einen oder anderen Stakeholder befriedigt werden.

Beispiel

Der Patient erwartet vom Chefarzt (von dem Vertreter des Ärztlichen Dienstes) den Einsatz der diagnostischen und therapeutischen Ressourcen nach dem Motto „Viel hilft Viel“. Der Chefarzt sieht sich als Agent des Patienten diesem – und nur diesem – zur Loyalität verpflichtet und ist deshalb geneigt, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.

Der Ärztliche Direktor wird als Mitglied der Geschäftsführung in Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen und des Krankenhaus-Eigentümers – gegebenenfalls durch direkte Intervention – darauf dringen, den Einsatz der Ressourcen auf das medizinisch Notwendige zu konzentrieren.

Wenn der Verantwortungsträger diese Beziehungen nicht kennt und nicht versteht, kann es – im günstigsten Fall – zu Konflikten bei der Vorbereitung und dem Fällen von Entscheidungen kommen. Die Mitglieder des Teams, die gemeinsam ein Problem durch eine Entscheidung zu lösen haben, generieren – von unterschiedlichen Interessen geleitet – verschiedene Lösungsalternativen, bewerten diese höchst uneinheitlich und kommen somit zu Beschlüssen, die zur Lösung des Problem möglicherweise nichts beitragen können. Als günstig wird dieser Fall deshalb beurteilt, weil der ausgelöste Konflikt dazu beitragen kann, dass die unterschiedlichen Positionen offen gelegt werden und das Team am Ende doch zu einer befriedigenden, die Anliegen der Betroffenen berücksichtigenden Lösung kommt. Ungünstig verläuft ein solcher Prozess dann, wenn

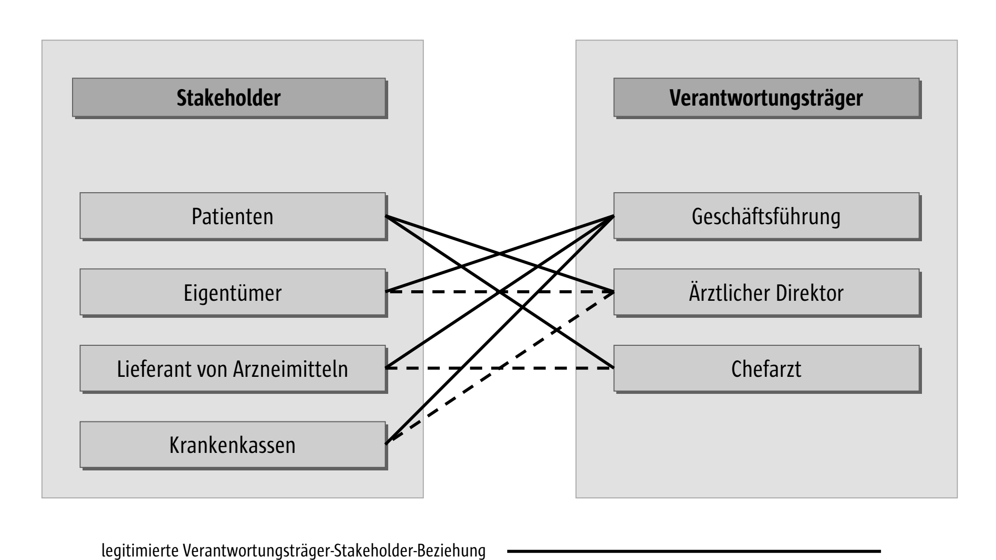


Abb. 33 Beziehungen zwischen Verantwortungsträgern und Stakeholdern

Argumente nicht offen ausgetauscht werden und/oder sich der Verantwortungsträger auf die Vorbereitung der Entscheidung durch Mitarbeiter verlässt und er nicht feststellt, dass diese die Anliegen von Stakeholdern völlig abwegig bewerten.

5.6 Kontrollinstanz

5.6.1 Einführung

Verantwortung tragen bedeutet, Rechenschaft ablegen zu müssen. Die Kontrollinstanz ist deshalb das vierte konstitutive Element des Verantwortungsbegriffes neben dem Inhalt, dem Träger und dem Adressaten der Verantwortung (Hunzicker, S. 20). Die Beantwortung der Frage nach dem Verantworten der Handlungsfolgen ist nun das Thema.

Der Begriff „Kontrollinstanz“ kann wie folgt mit Inhalt gefüllt werden:

1. Kontrollieren bedeutet, einen Istzustand oder einen Zustand, den man in Zukunft zu erreichen erwartet, mit einer Norm zu vergleichen. Wichtig ist, dass die Ergebnisse der Kontrolle vor allem dazu verwendet werden, die Gründe für eventuelle Fehlentwicklungen kennen zu lernen. Damit wird die Basis dafür geschaffen, um Strukturen und Prozesse so verbessern zu können, dass Fehler, also Differenzen zwischen dem tatsächlichen und dem beabsichtigten Realisieren, künftig möglichst vermieden werden können. (s. Kap. 5.6.2)
2. Es fragt sich also, welches sind die Normen, die diesem Vergleich im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung zu Grunde gelegt werden sollen (s. Kap. 5.6.3).
3. Es fragt sich zum anderen, vor welcher Person oder Institution Rechenschaft abgelegt werden soll. Wer also führt den erwähnten Vergleich durch und analysiert und bewertet eventuell festgestellte Abweichungen des Ist von der Norm? (s. Kap. 5.6.4)
4. Schließlich geht es um die Organisation des Kontrollprozesses, dessen konkrete Gestaltung steuernde Wirkung auf das Verhalten der Verantwortungsträger haben kann (s. Kap. 5.6.5).

In Ziffer 1. wird darauf hingewiesen, dass Kontrolle nicht nur feststellt, was in der Vergangenheit gewesen ist und wie es hätte sein sollen. Die Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit „Kontrolle“ dient vielmehr auch dazu, vorausschauend sicherzustellen, dass das, was der Verantwortungsträger in der Zukunft erreichen möchte, tatsächlich erreicht werden kann. Die zu erörternden Normen und die Kontrollinstanz sowie der Kontrollprozess sind weitgehend unabhängig von der Blickrichtung der Kontrolle; es ist deshalb ein Erkenntnisverlust nicht zu erwarten, wenn im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aus Platzgründen nur die rückwärtsgerichtete Kontrolle behandelt wird.

5.6.2 Zielsetzung und Anreizwirkungen der Kontrolle

Entsprechend der Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung (s. Kap. 1.3 und Abb. 1) geht es im Rahmen des Kontroll-Prozesses darum festzustellen, wie das Unternehmensleitbild, das gemäß den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung als Instrument des neuen Management-Konzepts entwickelt worden ist, in der täglichen Routine praktiziert wird. Die Umsetzung des Unternehmensleitbildes und dessen Wirkung auf die Realisierung konkreter Unternehmensziele und auf die Befriedigung konkreter Stakeholder-Anliegen ist nicht Gegenstand der weiteren Erörterung.

Die Grenzen zwischen diesen beiden Kontroll-Zielen sind fließend. So ist es das Ziel der in dem Aktiengesetz geregelten Jahresabschlussprüfung festzustellen, ob die Geschäftsführung bei dem Aufstellen des Jahresabschlusses die einschlägigen Rechnungslegungsvorschriften (= Prüfungs-Norm) eingehalten und die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Unternehmens zutreffend dargestellt hat – also ihren formalen Verpflichtungen nachgekommen ist. Gegenstand der Jahresabschlussprüfung sind nicht die Entscheidungen, die zu einem bestimmten wirtschaftlichen Ergebnis für das Krankenhaus und/oder für den einen oder anderen Stakeholder geführt haben.

In den Rechnungslegungsvorschriften formaler Art kommen die Anliegen verschiedener Stakeholder – das sind unter anderem die Eigentümer des Unternehmens (= bei Aktiengesellschaften die Aktionäre) und die Gläubiger – zum Ausdruck. Insofern wird mit der Jahresabschlussprüfung kontrolliert, ob die Geschäftsführung die als legitim akzeptierten Anliegen der genannten Stakeholder unter anderem nach einer angemessenen Verzinsung des zur Verfügung gestellten

Kapitals und nach Sicherung der eingeräumten Kredite bei dem Abschluss der Rechnungslegung zum Bilanzstichtag angemessen berücksichtigt hat und nicht durch die Nutzung der Ermessensspielräume bei der Anwendung diverser Bewertungsregeln die wirtschaftliche Situation des Unternehmens besser oder schlechter dargestellt hat als sie tatsächlich ist. Wenn im Rahmen der Jahresabschlussprüfung festgestellt wird, dass die Geschäftsführung ihren Ermessungsspielraum – zum Beispiel die Bewertung der Vorräte betreffend – willkürlich überstrapaziert hat, dann wird der Geschäftsführung nicht nur bescheinigt, dass sie sich nicht entsprechend den einschlägigen formalen Regeln verhalten hat. Die von dem Jahresabschlussprüfer dann verlangte Korrektur, nämlich die den Regeln gemäße Aufstellung des Jahresabschlusses, hat auch Konsequenzen für das Jahresergebnis und für die Höhe des an die Aktionäre auszuschüttenden Gewinns.

Wenn ein Management der sozialen Verantwortung auf der Grundlage der einschlägigen Grundpostulate praktiziert wird, wird die Kontrolle so gestaltet (Näheres s. Kap. 6.2), dass

- festgestellte Abweichungen zwischen einem tatsächlichen und dem gewollten Zustand und/oder Verhalten möglichst nicht nur personifiziert, sondern als Anlass für weitere Verbesserungen der Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln verwendet werden und dass auf diese Weise das Bemühen von Mitarbeitern, Fehlentwicklungen zu verheimlichen, minimiert wird;
- positives Verhalten im Sinne des Unternehmensleitbildes als Bestätigung der Leistung jeweils nur eines, nämlich des für bestimmte Entscheidungen jeweils verantwortlichen Mitarbeiters und damit im Sinne der Wertschätzung dieses Mitarbeiters kommuniziert wird, und dass
- durch systematische Kontrollen der Eindruck vermieden wird, man könne sich durch das Abweichen von der Norm einen persönlichen Vorteil verschaffen mit der Folge, dass – dieses beobachtend – auch andere Mitarbeiter demotiviert werden, die einschlägigen Normen einzuhalten.

5.6.3 Kontrollnormen

Normen sind Forderungen für das Verhalten von Menschen (Küpper, S. 52). In ihnen kommen Werturteile zum Ausdruck. Sie sind im Regelfall im Unternehmensleitbild zusammengefasst mit der Aufforderung an die Akteure in dem Unternehmen, sich bei allen ihren Handlungen an diesen Normen zu orientieren. Die Kontrollnormen werden in diesem Kapitel nur dem Grunde nach zum Thema gemacht; ihre Konkretisierung sowie Aussagen zur Entwicklung und Implementierung eines Unternehmensleitbildes folgen in Kapitel 7.

Wenn Verantwortung als „Handlungs(folgen) verantwortung“ verstanden wird, lassen sich die Handlungsnormen aus der Grundfrage „Wie soll ich handeln?“ (Göbel 2006, S. 5) ableiten:

- Im Sinne der weiter oben genannten Zielsetzung der Kontrolle geht es vor allem darum festzustellen, wie das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung in der täglichen Routine umgesetzt wird. Die Kontrollnorm von zentraler Bedeutung ist somit das Unternehmensleitbild, in dem die Geschäftsführung ihre Erwartungen an das Verhalten aller Akteure im Krankenhaus festgeschrieben und ihnen mitgeteilt hat, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind.
- Hinzu kommen einige weitere Normen, die – sofern sie nicht ohnehin Gegenstand des Unternehmensleitbildes sind – das Handeln der Akteure im Krankenhaus leiten sollten:
  - So orientieren sich Verantwortungsträger zum einen an dem institutionellen Sinn des Krankenhauses – der durch das Ziel „Sicherung der Existenz des Krankenhauses“ und „bedarfsadäquate Versorgung der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses mit medizinischen Leistungen“ zum Ausdruck gebracht wird – und an den Prinzipien der Daseinsvorsorge, der Caritas und Humanitas (Eichhorn, S. 98).
  - Die in einem Krankenhaus tätigen Ärzte sind in ihrem Handeln an das vom Weltärztebund 1948 in Genf formulierte „Gelöbnis“ als moderne Fassung des hippokratischen Eides gebunden. Hinzu kommen spezifische Bestimmungen, die das Verhalten der Ärzte gegenüber Patienten bzw. gegenüber anderen Ärzten (§ 7 bzw. § 29 [Muster-]Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte [Stand 2006]) oder den Behandlungsprozess leiten.
  - Ärzte sind gehalten, den Behandlungsprozess anhand von Leitlinien, in denen für

angemessen gehaltene Formen der Diagnostik und Therapie, gewichtet nach der Beweiskraft vorhandener Studien, veröffentlicht sind, zu organisieren.

- Verantwortungsträger in Unternehmen, die sich in einer wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenordnung bewegen, richten ihr Handeln zum anderen an rechtlichen Normen aus, also an den einschlägigen Gesetzen, sowie an Unternehmenszielen, die Gegenstand von Satzungen und ähnlichen Dokumenten sind und in Zielvereinbarungen konkretisiert werden.
- Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen dienen dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor Schäden, die durch den Einsatz medizin-technischer Geräte verursacht werden können. So soll zum Beispiel die Beachtung der Vorschriften der Strahlenschutzverordnung Menschen vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung und radioaktiver Stoffe schützen.
- Hinzu kommen teils geschriebene, teils ungeschriebene Regeln, die sich vor allem aus Wissenschaft und Praxis, der Rechtsprechung sowie Empfehlungen von Wirtschaftsverbänden ergeben. Zu diesen Regeln zählen zum Beispiel die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung, deren Aufgabe es ist, Gläubiger und Unternehmenseigner vor unkorrekten Daten, Informationen und möglichen Verlusten weitestgehend zu schützen. Zu diesen Regeln zählen auch die unter dem Terminus Basel II zusammengefasste Gesamtheit der Eigenkapitalvorschriften, die vom Basler Ausschuss für Bankenaufsicht in den letzten Jahren vorgeschlagen wurden; das Ziel ist die Sicherung einer ausreichenden Eigenkapitalausstattung der Banken und damit der Schutz der Kreditnehmer.

Viele dieser Normen sind wenig präzise formuliert und überlassen deshalb dem Verantwortungsträger einen mehr oder weniger großen Entscheidungsspielraum.

Beispiel

§ 252 Abs. 1 Nr. 4 Handelsgesetzbuch (HGB) bestimmt allgemeine Bewertungsgrundsätze wie folgt:

„Es[48] ist vorsichtig zu bewerten, namentlich sind alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen, selbst wenn diese erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung des Jahresabschlusses bekanntgeworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind."

Dieser Gesetzestext enthält – möglicherweise gewollt (?) – einige unbestimmte Rechtsbegriffe – wie „vorsichtig zu bewerten", „vorhersehbare Risiken und Verluste" sowie „bekanntgeworden". Er ist als Handlungs- und somit auch als Kontrollnorm noch nicht geeignet. Der mit diesem Text zum Ausdruck gebrachte Entscheidungsspielraum muss vielmehr ausgefüllt werden.

Der Verantwortungsträger füllt den Entscheidungsspielraum durch individuelle Charaktereigenschaften aus, die insbesondere dessen Bereitschaft zur Suche nach Alternativen, zur Zusammenarbeit mit bestimmten Partnern und zur Übernahme von Risiko steuern (Küppers, S. 209). Die genannten Charaktereigenschaften kommen zum Ausdruck in der Bereitschaft, besondere Anstrengungen hinsichtlich der Suche nach Informationen auf sich zu nehmen, um dadurch die Qualität von Entscheidungen positiv zu beeinflussen (Sauermann; Selten, S. 579).

Bei der Formulierung einer Norm gilt es, jeweils einen Kompromiss zu finden zwischen einer sehr eindeutigen und präzisen und damit den Entscheidungsspielraum für den Verantwortungsträger eher einengenden Textierung und einer Form, die dem Verantwortungsträger einen mehr oder weniger großen Entscheidungsspielraum lässt, die aber die Gefahr von Missverständnissen in sich trägt.

Es gibt Normen, die der Gestaltung durch die Geschäftsführung entzogen sind. Dazu zählen unter anderem die einschlägigen Gesetze und die Rechtsprechung. Andere Normen können durch die Geschäftsführung als Ziele in dem bisher beschriebenen Sinne oder als präzise Handlungsanweisungen ausgelegt werden, deren Verfolgen dem Erreichen eines bestimmten Zieles dient. Es hängt von der Führungskultur in einem Unternehmen ab, welche Normen der gestaltbaren Art dort jeweils praktiziert werden. Eine eher partizipative Führung bevorzugt die Zielsetzung als

48 Damit sind die im Jahresabschluss ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Schulden gemeint.

Norm, während der autoritär führende Vorgesetzte die Handlungsanweisung als Norm präferiert.

5.6.4 Kontrollinstanz i.e.S.

Ausgehend von der Definition von Verantwortung als für etwas eintreten müssen werden zwei Arten von Kontrollen unterschieden:

1. **Selbstkontrolle**: Die Instanz, der Verantwortung zugeschrieben worden ist, kontrolliert das Ergebnis ihres Handelns selbst.
2. **Fremdkontrolle**: Das Ergebnis unternehmerischen Handelns wird von einer Person oder Institution, die nicht der Verantwortungsträger ist, kontrolliert.

Zwar ist es wichtig, dass jeder Verantwortungsträger sich immer wieder prüft, ob er entsprechend den Normen des Unternehmens-Leitbildes handelt. Für die Sicherstellung des Praktizierens dieser Normen reicht dieses jedoch im Regelfall nicht aus. Die auf einer partizipativen Führung basierende Selbstkontrolle wird deshalb durch drei Arten von Fremdkontrolle – zwei davon sind rechtlich vorgeschrieben – ergänzt. Die Abgrenzung zwischen den drei Arten ist nicht immer ganz eindeutig.

- Im Zusammenhang mit dem Management der sozialen Verantwortung ist der Adressat der Verantwortung als Kontrolleur von zentraler Bedeutung. Der Adressat prüft, ob der Verantwortungsträger seinen Verpflichtungen gegenüber dem Adressaten nachgekommen ist, ob die Bedürfnisse, die er als zu befriedigen angemeldet hatte, tatsächlich befriedigt worden sind.
  In diese Kategorie fällt – gewissermaßen als Vertreter einer Gruppe von Stakeholdern – auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), der im Auftrag des Adressaten „Krankenkassen" feststellt, ob zum Beispiel die Bestimmungen des § 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V eingehalten werden.
  Schließlich sollen die Wirtschaftprüfer genannt werden, die als Vertreter der Adressaten „Eigentümer" und „Gläubiger" den Jahresabschluss des Krankenhauses prüfen, um feststellen zu können, ob bei dem Aufstellen des Jahresabschlusses die einschlägigen Rechnungslegungsvorschriften des Aktiengesetzes und des Handelsgesetzbuches zum Schutz der Eigentümer und Gläubiger sachgerecht angewandt worden sind. Bei Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft findet zusätzlich zu dieser formalen eine materielle Prüfung statt. Es wird festgestellt, ob die Betriebsführung den einschlägigen Grundsätzen entsprochen hat.
- Als zweite Art von Kontrollinstanz kommt eine Person oder Institution in Betracht, die dem Verantwortungsträger Verantwortung zugewiesen hat. Das ist im Regelfall der Vorgesetzte des Verantwortungsträgers. Diese Art von Kontrollinstanz gibt es in allen Leitungsebenen des Krankenhauses. In der obersten Leitungsebene ist dieses – je nach der Rechtsform des Krankenhauses – der Aufsichts- oder der Verwaltungsrat oder eine vergleichbare Funktion, die das Krankenhaus als Institution und die Geschäftsführung kontrolliert.
- Schließlich gibt es eine Vielzahl externer Kontrolleure, die im Folgenden beispielhaft und nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit genannt werden.
  Zu diesen Kontrollinstanzen zählen diverse staatliche Institutionen. Damit sind vor allem die Gerichte gemeint, die darauf zu achten haben, dass die diversen Gesetze und Verordnungen zum Schutze diverser Stakeholder eingehalten werden.
  Die Medien prüfen als Vertreter der Öffentlichkeit das Verhalten des Krankenhauses und seiner Akteure.
  Das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit wacht zum Schutze diverser Stakeholder darüber, dass die Bestimmungen der Strahlenschutzverordnung beachtet werden und dass der Betreiber medizin-technischer Geräte seinen Meldepflichten gemäß § 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung nachkommt.

5.6.5 Organisation des Kontrollprozesses

Im Zusammenhang mit der Organisation des Kontrollprozesses gibt es zwei Themen, die zu bearbeiten sind:

1. Zum einen ist danach zu fragen, wie die Normen zustande kommen.
2. Zum zweiten interessiert es, wie die Kontrolle ausgeübt wird.

Zu 1. Normen müssen sowohl von dem Verantwortungsträger als auch von dem Adressaten akzep-

tiert werden können – von dem Verantwortungsträger als Voraussetzung für die sach- und zeitgerechte Umsetzung und von dem Adressaten, damit dieser die Folgen des Verantwortungsträger-Handelns anerkennen kann. Für das Zustandekommen von Normen ist es deshalb von zentraler Bedeutung, dass diese im Rahmen eines Diskurses, durch die argumentative, dialogische Verständigung zwischen allen Beteiligten entwickelt werden. Wenn dieser Diskurs mit einem Konsens abgeschlossen werden soll, sind für dessen Durchführung bestimmte Regeln einzuhalten (Näheres s. Kap. 7.2.3) (Göbel 2006, S. 37f.).

Voraussetzung für die Interaktion zwischen dem Verantwortungsträger und den Stakeholdern ist, dass Letztere ihre Anliegen explizit zum Ausdruck bringen und zu einer fairen Verständigung bereit sind. Nicht alle Stakeholder sind aber in der Lage, ihre Interessen persönlich zu vertreten. Die Interessen werden deshalb nicht nur direkt, sondern auch über vermittelnde Zwischenstufen – zum Beispiel über Politiker, Verbände, Personalvertretungen und Kammern – an den Verantwortungsträger herangetragen. Die genannten Agenten werden im Regelfall nicht für einzelne Stakeholder, sondern eher für eine Gruppe von ihnen tätig. Deshalb kann nicht immer gewährleistet werden, dass das individuelle Anliegen in seiner ursprünglichen Ausprägung als Grundlage einer unternehmerischen Entscheidung Berücksichtigung findet.

Die praktische Durchführung eines solchen Diskurses kann außerordentlich kompliziert, möglicherweise für die Beteiligten sogar unzumutbar werden, zumal dann, wenn die Zahl der Beteiligten auf beiden Seiten sehr groß ist und deren Ausgangspositionen sehr heterogen sind.

Beispiel

Dieses ist regelmäßig bei Tarifverhandlungen der Fall. Man hilft sich dann damit, dass sich
- die große Zahl der Arbeitgeber durch den jeweils zuständigen Arbeitgeberverband und
- die im Regelfall unübersichtliche Zahl der Mitarbeiter als Adressaten der Verantwortung durch die jeweils zuständige Gewerkschaft

vertreten lassen.

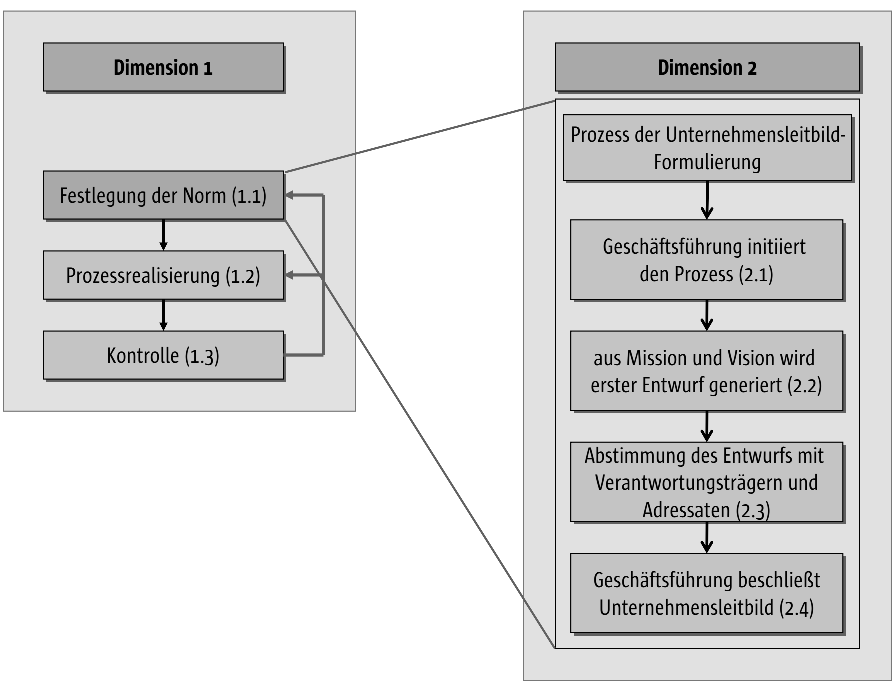


Abb. 34 Kontrollprozess

Zu 2. Wenn der Vergleich des tatsächlich Erreichten mit der Norm (s. Abb. 34, Dimension 1.3) eine Differenz zeigt, wenn festgestellt wird, dass ein Verantwortungsträger seinen Verpflichtungen nicht, wie dieses in dem Unternehmensleitbild festgelegt worden ist, nachkommt (Dimension 1.2), kann dieses zwei Gründe haben:

1. Der Verantwortungsträger hat sich nicht leitbildkonform verhalten. Das im Unternehmensleitbild von ihm geforderte sozial verantwortliche Handeln hat er nicht realisiert.
2. Eine Abweichung zwischen der Norm und dem tatsächlich Erreichten kann auch deshalb entstanden sein, weil eine Norm festgelegt worden war, die von Anfang an oder, weil sich in der Zeit zwischen dem Festlegen der Norm und der Realisierung der für deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen die Umsetzungsbedingungen verändert haben, nicht hat realisiert werden können (Dimension 1.1). Die Kontrolle bezieht deshalb in der Dimension 2 des Kontrollprozesses den Prozess der Normen-Festlegung in die Abweichungs-Analyse mit ein und untersucht, ob in diesem Zusammenhang möglicherweise fehlerhaft gearbeitet worden ist und/oder ob die der Norm-Festlegung zugrunde gelegten Umsetzungsbedingungen noch aktuell sind.

6 Der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Verantwortung

6.1 Einführung

Zur Erinnerung: Für die Überwindung der sich abzeichnenden Ziel- und Verteilungskonflikte sind die Steuerungswirkungen der zur Verfügung stehenden Instrumente nur bedingt geeignet (s. Kap. 1.2). Es bedarf deshalb zu deren Ergänzung der Etablierung von Verantwortungsbewusstsein.

Wie dieses erreicht werden kann, ist Gegenstand der nun folgenden Kapiteln 6 und 7. Dabei werden drei Komponenten unterschieden (in Anlehnung an Göbel 2006, S. 109ff.):

1. Von zentraler Bedeutung für das Wirksamwerden der neuen Unternehmensstrategie sind die Fähigkeiten der Geschäftsführung und die Rolle, die diese künftig spielen wird. Die Geschäftsführung muss von der Notwendigkeit und dem Nutzen eines Managements der sozialen Verantwortung überzeugt sein. Sie muss bereit und in der Lage sein, dieses konsequent gegenüber allen Verantwortungsträgern und Stakeholdern zu vertreten (s. Kap. 6.3) (Göbel 1992, S. 268).
2. Es werden ein Unternehmensleitbild und darin eingeschlossen ein Führungskonzept gebraucht, mit deren Hilfe den Verantwortungsträgern gesagt wird, was von ihnen erwartet wird, und das die Voraussetzungen dafür schafft, dass die Verantwortungsträger die ihnen zugeschriebene Verantwortung wahrnehmen wollen und können (s. Kap. 7).
3. Eine weitere Voraussetzung für das Wahrnehmen von Verantwortung ist die dafür geeignete Gestaltung der Unternehmensstruktur des Krankenhauses. Damit diese das Praktizieren der Goldenen Regel nachhaltig unterstützen kann, werden bei seiner Entwicklung Stakeholder-Anliegen in zwei Ebenen in Betracht gezogen (Göbel 2006, S. 233f.):
   - Einerseits geht es bei der Entwicklung der Unternehmensstruktur vor allem darum, organisationale Barrieren, die das Wahrnehmen von Verantwortung, also das Berücksichtigen von Stakeholder-Bedürfnissen, behindern könnten, zu vermeiden bzw. abzubauen.
   - Zum anderen gilt es, bei diesem Prozess der Arbeitsplatzgestaltung die Bedürfnisse der Verantwortungsträger, zu deren Unterstützung der institutionelle Rahmen dienen soll, angemessen zu berücksichtigen. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass sich die Verantwortungsträger im Unternehmen, die auch Stakeholder sind, mit der neuen Unternehmensstrategie identifizieren können und dass sie ausrei-

chend motiviert sind, sich des institutionellen Rahmens zur Wahrnehmung von Verantwortung bedienen zu wollen.

In den weiteren Ausführungen werden unter der Unternehmensstruktur (s. Abb. 35) die Leitungsstruktur des Krankenhauses (s. Kap. 6.4) und der Prozess der betrieblichen Leitungsentscheidung (s. Kap. 6.5) verstanden.

Bevor die Entwicklung und Implementierung einer geeigneten Unternehmensstruktur und eines geeigneten Unternehmensleitbildes erörtert werden, soll zunächst eine Antwort auf die Frage gesucht werden (s. Kap. 6.2), anhand welcher Kriterien man erkennen kann, ob überhaupt und in welchem Maße die Ideen des Managements der sozialen Verantwortung umgesetzt worden sind und praktiziert werden.

6.2 Grundpostulate für ein Management der sozialen Verantwortung

6.2.1 Einführung

Damit das Schaffen des Unternehmensleitbildes und das der Unternehmensstruktur auch im Detail aufeinander abgestimmt erfolgt und die Gestaltungsergebnisse nicht den Charakter von Beliebigkeit haben, muss sich deren Entwicklung von klaren Grundsätzen (s. Tab. 11 – in Anlehnung an Scholz, S. 65ff. und Steinmann; Löhr (1991), S. 10ff.) leiten lassen. Letztere werden aus der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung abgeleitet. Anhand des Erfüllungsgrades dieser Normen lässt sich beurteilen, ob überhaupt und in welchem Ausmaß das Management der sozialen Verantwortung in den Alltag des Krankenhauses umgesetzt worden ist und gelebt wird.

Die Beschreibung der Grundpostulate und deren Einfluss auf die Gestaltung der Unternehmensstruktur erfolgt in zwei Stufen:

1. Zunächst werden die Grundpostulate skizziert (s. Kap. 6.2.4 bis 6.2.10),
2. um im Anschluss daran im Konkreten und im Detail zu zeigen, wie die Unternehmensstruktur (s. Kap. 6.4 und 6.5) und das Unternehmensleitbild (s. Kap. 7) unter Berücksichtigung der Grundpostulate idealerweise so gestaltet werden, dass organisationale Barrieren die Wahrnehmung von Verantwortung nicht behindern und Stakeholder-Bedürfnisse bestmöglich befriedigt werden können.

Tab. 11 Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung

Grundpostulate
Erfolgsorientierung
Berücksichtigung der Interessen Betroffener
Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung
Förderung der Mündigkeit der Stakeholder
Beachtung moralischer Prinzipien
Beschränkung des Gewinnprinzips
Begründungspflicht

6.2.2 Die Entwicklung der Grundpostulate

Für die Spezifizierung der Grundpostulate und für die Bestimmung der Gewichte, mit denen die Grundpostulate bei der Gestaltung der Unternehmensstruktur und des Unternehmensleitbildes berücksichtigt werden sollen, sind bestimmte Regeln einzuhalten. Diese werden in Kapitel 7 ausführlich erörtert. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, dass sowohl die Grundpostulate-Spezifizierung als auch die Gewichte-Festlegung unter Berücksichtigung der im Regelfall schon vor dem Beginn dieses Prozesses – vielfach allerdings unbewusst – angewendeten Grundpostulaten erfolgen sollten. So haben zum Beispiel die Mitarbeiter das Bedürfnis, an der Entwicklung der Grundpostulate und deren Anwendungs-Gewichte im Sinne einer argumentativen, dialogischen Verständigung beteiligt zu werden. Sie wollen auf diese Weise – indem sie ihre Bedürfnisse an die Gestaltung der Grundpostulate geltend machen – sicherstellen, dass Grundpostulate entstehen, die ihren Bedürfnissen entsprechen und die sie in der Praxis erfolgreich anwenden können.

6.2.3 Die Rolle der Grundpostulate bei der Gestaltung der Unternehmensstruktur

Die Unternehmensstruktur dient der Realisierung der Unternehmensziele und bedarf deshalb einer spezifischen Gestaltung. Sie wird zum anderen so ausgerichtet, dass organisationale Barrieren die Wahrnehmung von Verantwortung nicht behindern.

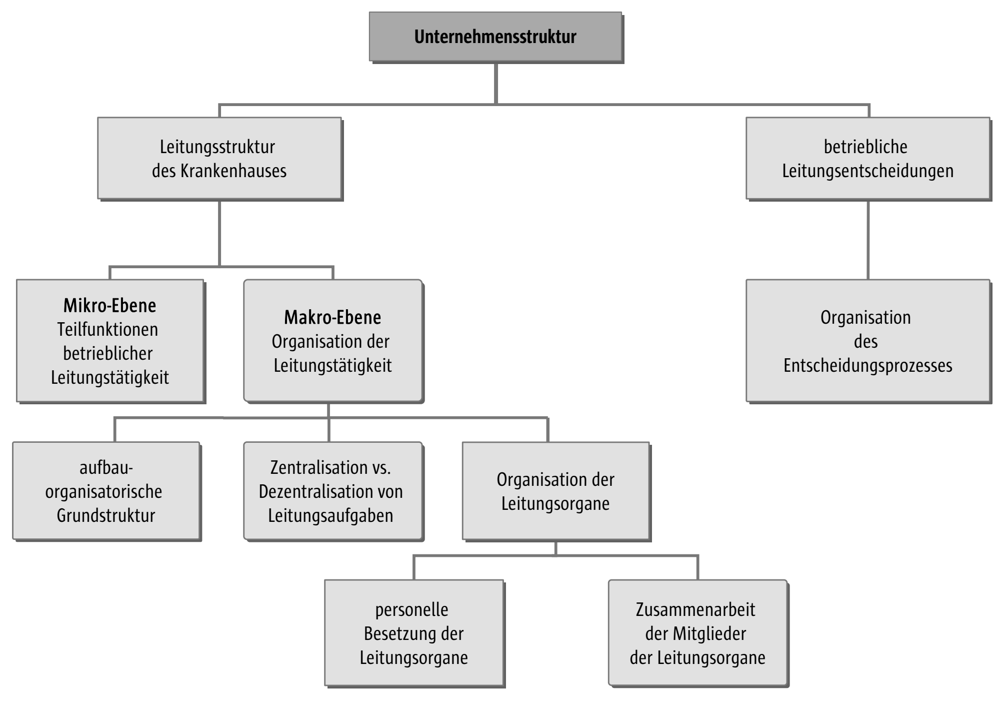


Abb. 35 Unternehmensstruktur

So gesehen spielen die Grundpostulate bei der Gestaltung der Unternehmensstruktur in mehrfacher Hinsicht eine Rolle:

1. Gemeinsam mit den Stakeholder-Bedürfnissen dienen sie als Normen für die Gestaltung der Unternehmensstruktur.
2. Sie werden benötigt bei der Entscheidung, ob eine Gestaltungsalternative im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung überhaupt in Betracht gezogen werden kann;
3. Die Grundpostulate werden durch die Geschäftsführungen unterschiedlich gewichtet. Das jeweils festgelegte Gewicht bestimmt die Auswahl unter mehreren zur Verfügung stehenden Alternativen zur Gestaltung der Unternehmensstruktur.

Zu 1. Grundpostulate und Stakeholder-Bedürfnisse als Gestaltungsnormen

Anhand eines Beispiels (s. Beispiel 1) wird der Zusammenhang zwischen

- Grundpostulaten,
- Stakeholder-Bedürfnissen,
- Anforderungen an die Gestaltung der Unternehmensstruktur und
- Folgen der Stakeholder-Bedürfnis-Befriedigung

dargestellt.

Es werden die Indikatoren genannt, die zum Messen des Grades der Stakeholder-Bedürfnis-Befriedigung eingesetzt werden.

Beispiel 1 (s. auch Tab. 12 und Abb. 36)

Nachdem die Geschäftsführung festgelegt hat, dass die Prozesse der Personalauswahl und der -entwicklung unter Berücksichtigung der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung gestaltet werden sollen, schließt sich zur Lösung dieses Problems die folgende Vorgehensweise an (die Nummerierung der folgenden Absätze entspricht der Nummerierung der Spalten in Tabelle 12):

1. Es wird zunächst geprüft, welche Grundpostulate gegebenenfalls zu beachten sind. Im Beispiel ist es unter anderem das Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener“. Diesem Grundpostulat wird dadurch entsprochen, dass die betroffenen Mitarbeiter an der Gestaltung der ausgewählten Prozesse beteiligt werden.
2. Danach werden die Bedürfnisse der betroffenen Stakeholder in Bezug auf die Folgen, die als Ergebnis der zu fällenden Personalentscheidungen zu erwarten sind, identi-

Tab. 12 Beispiel für den Zusammenhang zwischen Grundpostulat, Mitarbeiter-Bedürfnis, Anforderungen an die Unternehmensstruktur und dem Messen der Folgen der Mitarbeiter-Bedürfnis-Befriedigung

Entscheidung der Geschäftsführung: Gestaltung der Prozesse der Personalauswahl und der -entwicklung				
Grundpostulat **1.**	**Mitarbeiter-Bedürfnis** **2.**	**Folgen der Bedürfnis-Befriedigung (u.a.)** **3.**	**Indikatoren (Beispiele)** **4.**	**Anforderungen an das Personalmanagement** **5.**
Berücksichtigung der Interessen Betroffener durch Beteiligung an der Entwicklung und Implementierung der Personalmanagement-Instrumente	Bedürfnisses nach Sicherheit im Sinne des zeit- und sachgerechten Bewältigenkönnens der den Mitarbeitern übertragenen Aufgaben	vorhandene Mitarbeiter nehmen die wahrzunehmende Arbeit als zufriedenstellend, zumutbar, erträglich und ausführbar (in dieser Rangfolge) wahr (Scholz, S. 578; Rohmert, S. 64) und werden deshalb länger an den Arbeitgeber gebunden Personalbeschaffung wird positiv beeinflusst ….	Dauer der Betriebszugehörigkeit Fluktuationsrate Krankenstand Anzahl der Bewerber je ausgeschriebene Stelle aus dem internen Arbeitsmarkt … Anzahl der Bewerber je ausgeschriebene Stelle sach- und zeitgerechte Besetzung einer freien Stelle Anteil der Bewerber an der Gesamtzahl der Bewerber, die zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen werden …	Personalauswahl wird so gestaltet, dass die Rekrutierung entsprechend qualifizierter Mitarbeiter sichergestellt werden kann Personalentwicklung stellt die bedarfsgerechte Weiterentwicklung vorhandener Mitarbeiter sicher …

fiziert. Im Beispiel ist es das „Bedürfnis nach Sicherheit"; dabei wird unter Sicherheit das zielkonforme Bewältigenkönnen der übertragenen Aufgaben verstanden.

3. Es empfiehlt sich, die Folgen zu beschreiben, die sich als Ergebnis der Personalentscheidungen für die Mitarbeiter einstellen können, und
4. die Indikatoren zu bestimmen, anhand derer die Bedürfnis-Befriedigung gemessen werden kann.
5. Danach erfolgt die konkrete Gestaltung der ausgewählten Prozesse. Diese werden unter Berücksichtigung der Mitarbeiter-Bedürfnisse so modelliert, dass nur noch Mitarbeiter eingestellt werden, von denen angenommen werden kann, dass sie sich mit den Grundprinzipien des Managements der sozialen Verantwortung identifizieren und diese anwenden wollen und können. Vorhandene Mitarbeiter werden – sofern notwendig – so weiter qualifiziert, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben im Sinne der Goldenen Regel anforderungsgerecht ausführen können.

Zu 2. Auswahl der in Betracht zu ziehenden Gestaltungsalternativen

Für die mit dem Ziel der Realisierung bestimmter Unternehmensziele vorzunehmende Gestaltung der Unternehmensstruktur und/oder der Struktur-Komponenten stehen im Regelfall mehrere Alternativen zur Verfügung. Bei der Auswahl der unter Verwendung der Grundpostulate überhaupt in Betracht zu ziehenden Gestaltungsalternativen kann ein Entscheidungsbaum (s. Abb. 37 und Beispiel 2) eine Hilfe sein.

Beispiel 2

Wenn Mitarbeiter in auseichender Zahl zur Verfügung stehen, diese aber nur zu einem Teil den Anforderungen des Managements der sozialen Verantwortung entsprechen, bieten sich der Geschäftsführung, bezogen auf die nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter, zwei Alternativen zur Lösung des Problems an:

1. Die Mitarbeiter werden entsprechend den Anforderungen des Managements der sozialen Verantwortung qualifiziert – sofern sie über die erforderlichen Entwicklungspotenziale verfügen.
2. Die nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter werden freigesetzt. Neue Mitarbeiter mit der erforderlichen Einstellung und den notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten werden rekrutiert.

Die Geschäftsführung bewertet die beiden Alternativen anhand der Grundpostulate.

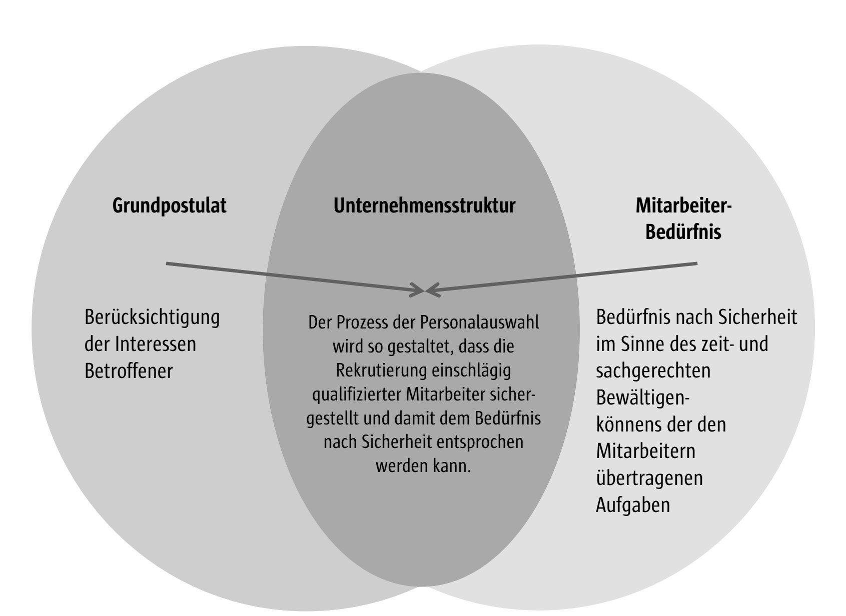


Abb. 36 Zusammenhang – beispielhaft – zwischen Grundpostulaten, Mitarbeiter-Bedürfnis und Unternehmensstruktur

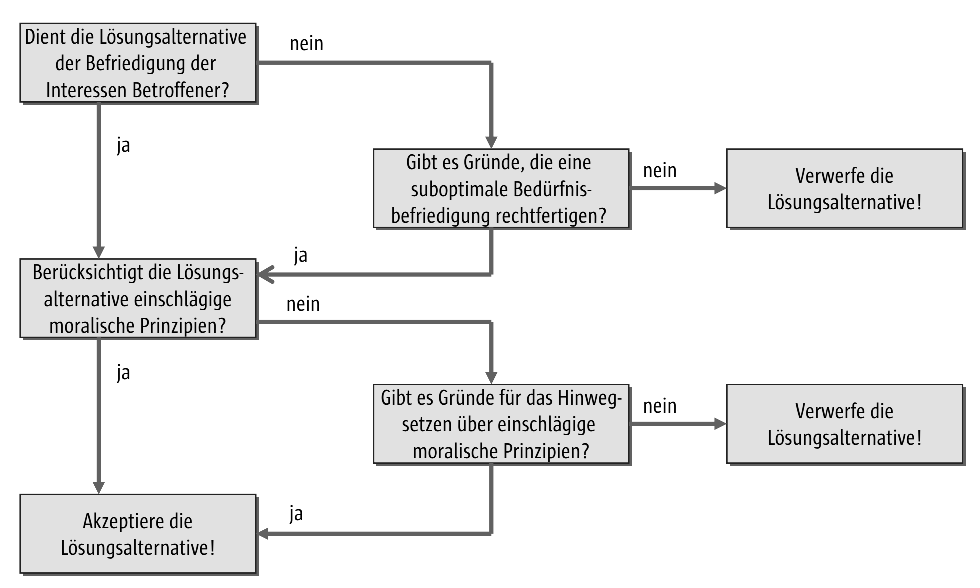


Abb. 37 Entscheidungsbaum für die Berücksichtigung von Grundpostulaten (in Anlehnung an Grabner-Kräuter, S. 223 und die dort genannte Literatur)

Zu 3. Gewichtung der Grundpostulate zwecks Entscheidung zwischen verschiedenen Gestaltungsalternativen

In den Krankenhäusern spielen die Grundpostulate bei der Gestaltung der Unternehmensstruktur eine jeweils unterschiedlich gewichtige Rolle. So wird in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft das Grundpostulat „Beschränkung des Gewinnprinzips“ bei der Beantwortung der Frage, wie die Unternehmensstruktur des Kran-

kenhauses beschaffen sein soll, vielleicht weniger bedeutsam sein als in einem Krankenhaus in gemeinnütziger Trägerschaft. Dagegen wird das Grundpostulat „Beachtung moralischer Prinzipien" in dem zuletzt genannten Krankenhaus bei der Festlegung der Unternehmensstruktur von eher größerer Bedeutung sein. Die Unternehmensstrukturen werden deshalb in den beiden Arten von Krankenhäusern möglicherweise unterschiedlich gestaltet sein. Die Festlegung der Unternehmensstruktur setzt deshalb voraus, dass diejenigen, die die Bewertung der Alternativen für die Gestaltung der Unternehmensstruktur vornehmen wollen, sich darüber verständigen, mit welchem Gewicht die verschiedenen Grundpostulate bei der Bewertung berücksichtigt werden sollen (s. Abb. 38).

6.2.4 Erfolgsorientierung

Das Management der sozialen Verantwortung darf nicht Selbstzweck sein. Der durch dessen Realisierung verursachte Aufwand muss durch einen entsprechend hohen Nutzen gerechtfertigt werden.

Unter dem Erfolg des Managements der sozialen Verantwortung kann man zweierlei verstehen:

1. Einerseits leistet die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung einen Beitrag zum Erreichen der Unternehmensziele, also unter anderem zur Sicherung der Existenz des Krankenhauses und der darin vorgehaltenen Arbeitsplätze sowie zur weiteren Verbesserung der Qualität der Patientenbehandlung. Sozial verantwortliches Handeln trägt dazu bei, dass die als legitim akzeptierten Bedürfnisse diverser Stakeholder – auch zum Nutzen des Krankenhauses – befriedigt werden.
2. Unter dem Erfolg des Managements der sozialen Verantwortung wird – gewissermaßen als Voraussetzung für die Realisierung der unter Ziffer 1. genannten Ziele – auch das konsequente Handeln der Geschäftsführung und der übrigen Verantwortlichen im Sinne der Goldenen Regel verstanden.

Die zuletzt genannte Definition der Erfolgsorientierung wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zum Thema gemacht. Die Strukturen des Krankenhauses werden daraufhin überprüft, ob sie geeignet sind, die Verantwortlichen bei der Wahrnehmung der Verpflichtungen, die sich aus der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung ergeben, zu unterstützen.

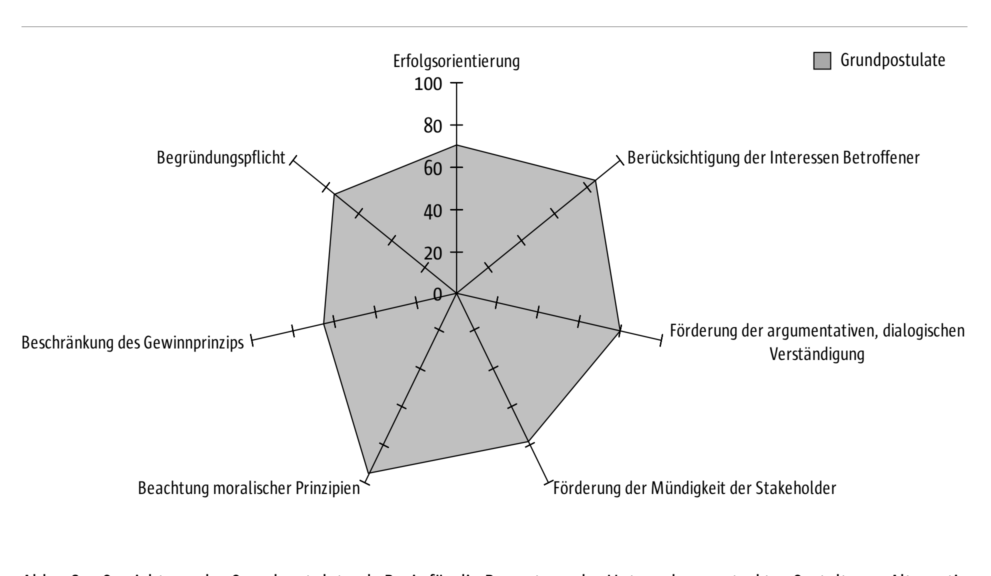


Abb. 38 Gewichtung der Grundpostulate als Basis für die Bewertung der Unternehmensstruktur-Gestaltungs-Alternativen (Beispiel)

6.2.5 Berücksichtigung der Interessen Betroffener

Die Geschäftsführung eines Krankenhauses fällt Entscheidungen und setzt diese durch konkretes Handeln um. Das Umsetzen dieser Entscheidungen sollte die als legitim akzeptierten Stakeholder-Anliegen befriedigen. Die Folgen können – wenn das Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener“ nicht angemessen berücksichtigt wird – sein, dass Rechte Betroffener verletzt und/oder deren Entscheidungsspielraum, den sie zwecks Realisierung ihrer eigenen Ziele benötigen, eingeschränkt wird.

Beispiel

Von dem Ergebnis der Unternehmensplanung im Allgemeinen und dem der Personalbedarfsbestimmung im Besonderen sind unterschiedliche Stakeholder betroffen:

Die Patienten wollen ohne warten zu müssen von bestens qualifizierten und von einer ausreichend hohen Zahl von Ärzten, Pflegkräften und Therapeuten erfolgreich behandelt werden. Wenn dieses Bedürfnis nicht befriedigt wird, müssen die Patienten hinnehmen, dass sie länger als medizinisch geboten im Krankenhaus bleiben müssen.

Die Mitarbeiter erwarten eine Personalausstattung, die ihnen die Bewältigung der ihnen übertragenen Aufgaben ohne ständige Überbelastung erlaubt und die eine Dienstplangestaltung mit einem angemessenen Ausgleich zwischen betrieblichen und privaten Interessen ermöglicht. Wenn das zuletzt genannte Bedürfnis nicht befriedigt wird, können die Mitarbeiter ihrer Verantwortung gegenüber ihrer Familie möglicherweise nicht nachkommen.

Der Eigentümer des Krankenhauses beansprucht eine marktgerechte Verzinsung des von ihm zur Verfügung gestellten Kapitals und ist deshalb an einer an Produktivitätskriterien orientierten Personalausstattung interessiert. Die Nicht-Befriedigung dieses Bedürfnisses führt möglicherweise dazu, dass der Eigentümer seinen bisher gewohnten Lebensstandard einschränken muss.

Zwischen den Anliegen der Stakeholder bestehen möglicherweise Konkurrenzbeziehungen. Insbesondere kann eine solche Beziehung zwischen den Bedürfnissen der Patienten und der Mitarbeiter auf der einen und der Gewinnerzielungsabsicht des Eigentümers auf der anderen Seite vermutet werden.

Um die sich dadurch abzeichnenden Konflikte lösen zu können, verpflichtet sich die Geschäftsführung, die Bedürfnisse der Stakeholder proaktiv und systematisch zu analysieren und zu bewerten, um sie bei ihren Entscheidungen angemessen, das heißt ausgewogen berücksichtigen zu können. Das Krankenhaus legt in einem Unternehmensleitbild fest, die Folgen seines Handelns jeweils daraufhin zu überprüfen, ob diese im Sinne der Goldenen Regel gerechtfertigt werden können. Es verpflichtet sich, Handlungen möglichst zu unterlassen, die den Anliegen der Betroffenen entgegenstehen und/oder deren Spielraum für die Realisierung ihrer eigenen Ziele allzu sehr einengen.

Prozesse unternehmerischer Entscheidungen, wie der als Beispiel verwendete Prozess der Personalbedarfsbestimmung, werden so organisiert, dass sich möglichst alle die von dem Ergebnis der Entscheidung betroffenen Stakeholder – entweder persönlich oder durch Agenten vertreten – daran beteiligen können, um ihre Interessen geltend zu machen. Dazu gehört auch, dass allen an der Entscheidung Beteiligten rechtzeitig alle entscheidungsrelevanten Materialien zur Verfügung gestellt werden (Wittmann, S. 95 und 102ff.).

6.2.6 Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung

Die Berücksichtigung der Interessen Betroffener setzt nicht nur die adäquate Organisation der Entscheidungsprozesse voraus. Das Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener“ kann vielmehr nur dann erfüllt werden, wenn einige Bedingungen erfüllt sind:

- *Erstens* wird vorausgesetzt, dass diejenigen, die die Entscheidungen zu fällen haben, zur Offenheit zum Dialog, zur argumentativen Auseinandersetzung mit den Stakeholdern und zur ethischen Reflexion ihres Handelns imstande und bereit sind. Sie lassen ihre Meinung und ihre Ansprüche in Frage stellen. Sie können ihre Argumente in einer Sprache vortragen, die von den Betroffenen und von den an dem Entscheidungsprozess sonst noch Beteiligten verstanden werden kann. Das Krankenhaus verpflichtet sich deshalb, in die einschlägige Weiterentwicklung der Geschäftsführung, der Führungskräfte und der Mitarbeiter zu investieren.
- *Zweitens* wird von denjenigen, die von den Entscheidungen betroffen sind, erwartet, dass sie imstande und bereit sind, ihre Anliegen zu begründen. Sie sollten sachkundig genug sein,

um sich mit den Argumenten der Verantwortungsträger erfolgreich auseinandersetzen zu können.

Der Dialog mit den von den Entscheidungen der Verantwortungsträger betroffenen ist für das Wirksamwerden des Managements der sozialen Verantwortung und damit auch für die Berücksichtigung der Interessen der von unternehmerischen Entscheidungen betroffenen aus weiteren Gründen von Bedeutung (Göbel 1992, S. 170ff.):

- Die Stakeholder sind die beste Datenquelle, um die für das Unternehmen relevanten Stakeholder identifizieren und charakterisieren sowie um deren Anliegen analysieren und bewerten zu können. Der Dialog bietet die beste Gewähr für die Validität der Daten. Er schützt den Verantwortungsträger davor, eigene – und möglicherweise nicht zutreffende – Einschätzungen zur Grundlage von Entscheidungen zu machen.
- Der Dialog mit den Stakeholdern dient dem Finden von Normen, von Leitlinien, die von allen Beteiligten als Grundlage unternehmerischer Entscheidungen akzeptiert werden können.
  Möglicherweise lässt sich dieses Ziel nicht sofort erreichen. Dann ist es wichtig, dass sich die Beteiligten darauf verständigen, wie sie vorgehen wollen, um verbindliche Normen entwickeln zu können.
- Der Dialog ist eine vertrauensbildende Maßnahme. Stakeholder nehmen die Bereitschaft zum Dialog mit ihnen als Wertschätzung wahr. Die für Stakeholder negativen Entscheidungen werden von diesen als Ergebnis eines Dialogs eher akzeptiert.
- Der Dialog eröffnet die Möglichkeit, die Einflussnahme der Stakeholder auf die unternehmerischen Entscheidungen zu steuern.

Nicht alle Stakeholder sind in der Lage, ihre Interessen persönlich zu vertreten. Die Interessen werden deshalb nicht nur direkt, sondern auch über vermittelnde Zwischenstufen – zum Beispiel über Politiker, Verbände, Personalvertretungen und Kammern – an die Verantwortungsträger herangetragen. Diese Agenten werden im Regelfall nicht für einzelne Stakeholder, sondern eher für eine Gruppe von ihnen tätig. Deshalb kann nicht immer gewährleistet werden, dass das individuelle Anliegen eines einzelnen Stakeholders in seiner ursprünglichen Ausprägung als Grundlage einer unternehmerischen Entscheidung Berücksichtigung findet.

Die Entwicklung von Normen wird durch unternehmensinterne und -externe Faktoren beeinflusst. Diese können sich im Zeitablauf ändern. Normen müssen deshalb modifizierbar sein. Die Geschäftsführung ist deshalb aufgefordert, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Dialog überhaupt stattfinden kann; er muss auch in die Zukunft hinein offen gehalten werden (Steinmann; Löhr, S. 12).

6.2.7 Förderung der Mündigkeit der Stakeholder

Die argumentative, dialogische Verständigung zwischen den Verantwortungsträgern und denjenigen, die von Entscheidungen betroffen sind, setzt nicht nur das Erfüllen struktureller und prozessualer Normen und einschlägige soziale Kompetenz bei den Entscheidungsträgern voraus. Damit die Stakeholder – und das gilt insbesondere für die Führungskräfte und für die Mitarbeiter in ihrer Rolle als Stakeholder, aber nicht nur für diese – ihre Interessen mit Erfolg geltend machen können, sind diese auf der Basis einer kritischen Loyalität zu den Aktivitäten des Krankenhauses imstande, unternehmensintern für richtig gehaltene Definitionen kritisch in Frage zu stellen und differente Wahrnehmungen und für richtig gehaltene Revisionen auch gegen Widerstand zur Geltung zu bringen (Wittmann, S. 128).

Die Geschäftsführung verpflichtet sich deshalb, ein Betriebsklima zu schaffen, das die Bereitschaft der Stakeholder zur Präsentation ihrer Anliegen und zur Offenlegung von Entwicklungen, die von diesen als Fehlentwicklungen wahrgenommen werden, fördert und das zu der Gewissheit beiträgt, dass diese Offenheit nicht schadet und dass Willkür bei der Bewertung der von Stakeholdern gegebenen Hinweise ausgeschlossen ist[49]. Von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Entwicklung einer Fehlerkultur, die Fehler nicht primär personalisiert, sondern vor allem und zuerst als Chance für die kontinuierliche Verbesserung von Strukturen

49 So ist zum Beispiel immer wieder von Patienten zu hören, dass diese als für sie nachteilig empfundene Entwicklungen nicht zur Sprache bringen, weil sie fürchten, weitere Nachteile während des noch andauernden und/oder eines erneuten Aufenthaltes im Krankenhaus in Kauf nehmen zu müssen.

und Prozessen und in deren Folge von Ergebnissen begreift[50]. Die Mitarbeiter dürfen nicht mehr als „Fehlerquelle“, sie sollten als „Lösungsquelle“ angesehen werden (KdA, S. 1).

6.2.8 Beachtung moralischer Prinzipien

Angesichts zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung im Allgemeinen und im Krankenhaus im Besonderen werden

1. die Handlungsketten immer länger und
2. die Zahl der Entscheidungsträger, die die Folgen der gefällten Entscheidung durch ihre Handlungen beeinflussen können, immer größer.

So kommt es, dass immer mehr Entscheidungen gefällt werden, deren Handlungsfolgen nicht mit Sicherheit vorhersehbar sind und die zu Folgen führen können, die von der Instanz, die das Unternehmensziel formuliert hat, so nicht gewollt waren. Die Geschäftsführung kann nicht darauf vertrauen, dass der Planungsprozess in allen seinen Verästelungen über das Unternehmensziel allein beherrscht werden kann (Schreyögg 1991, S. 262). Das Erfüllen der bisher skizzierten Kriterien allein ist als Voraussetzung für verantwortliches Handeln nicht ausreichend.

Es ist notwendig, neben der Bewertung unternehmerischen Handelns anhand der Folgen auch das Pflichtgemäße als Bewertungsmaßstab zu berücksichtigen (Göbel 2006, S. 27). Die Geschäftsführung verpflichtet sich und alle diejenigen, die befugt sind, unternehmerische Entscheidungen zu fällen, das, was aktuell in der Gesellschaft als Handlung, Zustand oder Haltung für gut oder wünschenswert bzw. für böse und verboten gehalten wird, als Handlungsnormen in Betracht zu ziehen (Göbel 2006, S. 7).

Damit können Handlungsfolgen, die von einem Verantwortungsträger nicht intendiert waren und aus der Sicht der Betroffenen negativ bewertet werden, nicht gänzlich verhindert werden. Schlechte Folgen werden aber, wenn auch der gute Wille und die gute Tat bei der Bewertung der Leistung des Entscheidungsträgers bedacht werden, diesem nicht im Sinne des Ergebnisses schuldhaften Verhaltens zugerechnet (Göbel 2006, S. 27).

6.2.9 Beschränkung des Gewinnprinzips

Die Gewinnerzielung wird als notwendige Voraussetzung zur Übernahme von sozialer Verantwortung, also zur Berücksichtigung der Stakeholder-Interessen, angesehen. Wenn das Krankenhaus Gewinne nicht erzielen kann, ist es nicht imstande, in die personelle, technische und organisatorische Weiterentwicklung der Patientenbehandlung und der Arbeitsbedingungen zu investieren. Es wird die Bedürfnisse der Patienten nach einer evidence-basierten Behandlung, die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation, nach Zumutbarkeit, Erträglichkeit und Ausführbarkeit der ihnen übertragenen Aufgaben sowie die Erwartungen der Krankenkassen und des Eigentümers nach Effizienzsteigerung nicht befriedigen können; der Bestand des Krankenhauses ist möglicherweise gefährdet.

Die dem Prinzip der sozialen Verantwortung verpflichtete Geschäftsführung begreift den Gewinn nicht als oberstes Unternehmensziel. Sie stellt die Gewinnerzielung in den Dienst der Befriedigung von Stakeholder-Anliegen und damit der langfristigen Sicherung des Krankenhauses.

6.2.10 Begründungspflicht

Das gelungene Management der sozialen Verantwortung zeichnet sich dadurch aus, dass unternehmerische Entscheidungen gegenüber den Betroffenen begründet werden und dass sie sich mittels guter Gründe verteidigen lassen (Steinmann; Löhr, S. 10f.). Dabei kann es sich bei den Gründen einerseits um materielle Normen handeln, also zum Beispiel um die Unternehmensziele und um die Anliegen, die von Stakeholdern geltend gemacht werden. Aber auch Verhaltens-Normen, die den Umgang zum Beispiel der Führungskräfte mit ihren Mitarbeitern, den Umgang der Führungskräfte und der Mitarbeiter mit Patienten oder das Verhalten der einschlägigen Krankenhaus-Instanzen zu Lieferanten steuern, zählen dazu. Es kann um prozessuale Normen gehen, also um Unternehmensstrukturen, die das Berücksichtigen der materiellen Normen bei unternehmerischen Ent-

50 Von einer zunehmenden Zahl von Krankenhäusern wird – gewissermaßen als Hilfestellung – das Critical Incident Reporting-System(CIRS), ein Berichtssystem zur – meist anonymen – Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden, eingesetzt.

scheidungen fördern oder gar erst ermöglichen. Schließlich müssen sich die Entscheidungen durch rechtliche Normen begründen lassen.

6.3 Die Rolle der Geschäftsführung

Die Geschäftsführung prägt den Charakter eines Krankenhauses, und zwar nicht nur in ökonomischer, sondern auch in sozialer, kultureller und gesellschaftlicher Hinsicht. Die Mitglieder des Topmanagements beeinflussen das Verhalten der Führungskräfte und der Mitarbeiter in diesem Sinne kraft ihrer Persönlichkeit. Sie geben die Richtung und den Takt dadurch vor, dass sie – weil sie ständig unter Beobachtung stehen – ihren Mitarbeitern Vorbild sind – in die eine oder andere Richtung.

So gesehen spielt die Geschäftsführung die zentrale Rolle hinsichtlich der Einführung und des dauerhaften Praktizierens des Managements der sozialen Verantwortung. Die Entwicklung, Implementierung und das dauerhafte Ermöglichen der neuen Unternehmensstrategie ist – und kann nur sein – „Chefsache“. Die Initiative für die Umstellung auf das bessere Management-Konzept geht von der Geschäftsführung aus. Sie stellt – im Sinne der Goldenen Regel – die als legitim akzeptierten Anliegen der diversen Stakeholder in den Mittelpunkt unternehmerischen Handelns. Sie begeistert Führungskräfte und Mitarbeiter, es ihr gleich zu tun.

Die Geschäftsführung gibt den Führungskräften und Mitarbeitern die Möglichkeit zu entdecken, welchen Vorteil es für alle Beteiligten hat, sozial verantwortlich zu handeln. Sie bietet den zunächst unentschlossenen Führungskräften und Mitarbeitern an, sozial verantwortliches Handeln im Krankenhaus-Alltag zu üben (in Anlehnung an Minkmar, S. 23).

Die Entwicklung, die Implementierung und das dauerhafte Ermöglichen des Managements der sozialen Verantwortung ist ein radikaler Bruch mit den über eine lange Zeit hinweg eingeübten und praktizierten Verhaltensweisen. Sie können nur dann mit Erfolg realisiert werden, wenn die Geschäftsführung diese Umorientierung mittels der Instrumente des Managements der sozialen Verantwortung vorbereitet. Vor allem die einschlägigen Anliegen der von dem Strategiewechsel betroffenen Führungskräfte und Mitarbeiter werden bei den anstehenden Entscheidungen berücksichtigt; die Entscheidungen werden auf der Basis einer argumentativen, dialogische Verständigung mit den Betroffenen vorbereitet und gefällt. Die Vorbereitung der Implementierung des Managements der sozialen Verantwortung wird somit zweifach genutzt: nämlich auch als Training für sozial verantwortliches Handeln im Routinebetrieb.

Das Topmanagement des Medizinbetriebes muss seine Mitarbeiter von der Notwendigkeit des Strategiewechsels und der Umgestaltung der Leitungsstruktur im Sinne der in Kapitel 6.2, insbesondere in den Kapiteln 6.2.4 bis 6.2.10 beschriebenen Anforderungen überzeugen. Diese Überzeugungsarbeit kann durch eine Vielzahl von Maßnahmen unterstützt werden (unter anderem Göbel, S. 272ff.):

1. Die Mitglieder der Geschäftsführung initiieren die Entwicklung/Weiterentwicklung des Unternehmens-Leitbildes im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung. Sie nehmen sich die Zeit, um sich aktiv und umfassend an der Erarbeitung eines neuen Unternehmens-Leitbildes zu beteiligen.
2. Sie lassen einen konkreten Implementierungsplan erarbeiten und sorgen dafür, dass erste Umstellungsschritte möglichst rasch erfolgreich in die Tat umgesetzt werden. Die Mitarbeiter des Medizinbetriebes werden auf diese Weise am ehesten für die Umstellung gewonnen.
3. Sie praktizieren die im Unternehmens-Leitbild fixierten Führungsgrundsätze und geben damit ihren Mitarbeitern die Gelegenheit, an diesem Vorbild zu lernen.
4. Sie bringen ihre Bereitschaft und ihren Willen zur Realisierung der neuen Unternehmensstrategie dadurch zum Ausdruck, indem sie die als legitim akzeptierten Stakeholder-Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen explizit berücksichtigen, und dieses transparent machen und begründen.
5. Die Mitglieder der Geschäftsführung nutzen die ihnen zur Verfügung stehenden Medien – Besprechungen, Vollversammlungen, Empfänge, Interviews, Publikationen in Büchern, Fach- und/oder Hauszeitschriften und anderes –, um nach innen und außen für den Strategiewechsel zu werben.

6.4 Die Leitungsstruktur des Krankenhauses

6.4.1 Leitung und Verantwortung – künftige Entwicklungen

Unter der Leitung einer Organisationseinheit versteht man

- das Vereinbaren von Zielen, die von dieser Organisationseinheit realisiert werden sollen, mit der vorgesetzten Führungskraft,
- die Übernahme der Verantwortung für die Durchführung der für die Zielerreichung notwendigen Maßnahmen, für das Erreichen der vereinbarten Ziele und für die daraus sich ergebenden Folgen,
- das Fällen der für das Erreichen der Ziele notwendigen Mittel-Entscheidungen und gegebenenfalls
- die Befugnis, das Ergebnis der Entscheidungen Dritten zur Ausführung anzuweisen.

Um einem Verantwortungsträger die Leitung einer klinischen Abteilung übertragen zu können, sind bestimmte Anforderungen zu erfüllen: Es sind dieses die Zuweisung eines eindeutig umrissenen Verantwortungsbereichs und eines mit diesem übereinstimmenden Entscheidungsspielraums. Es ist eine Leitungsstruktur erforderlich als Rahmen, der dem Verantwortungsträger die Chance bietet, das von ihm erwartete soziale Handeln innerhalb des ihm zur Verfügung stehenden Entscheidungsspielraums wahrzunehmen.

Die zunehmende Spezialisierung der in den Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen – das gilt vor allem für die Ärzte – hat dazu geführt, dass Leistungsbereiche in Sub-Bereiche aufgeteilt werden. Die Zahl der Schnittstellen zwischen den an der Behandlung eines Patienten beteiligten Leistungs-Sub-Bereichen nimmt zu. Dieses hat Folgen für die Wahrnehmung von Verantwortung durch die in den Leistungs-Sub-Bereichen beschäftigten Verantwortungsträger. Der Behandlungsprozess wird von einer immer größer werdenden Zahl von Verantwortungsträgern beeinflusst; der Zusammenhang zwischen dem eigenen Tun und der Verwirklichung des Behandlungsziels wird immer mehr aufgelöst. Der einzelne Verantwortungsträger hat die Möglichkeit, sich von der ihm zugewiesenen Verantwortung zu entlasten (s. Beispiel). Es stellt sich daher die – im Rahmen dieses Kapitels zu beantwortende – Frage, wie die Leitungsstruktur des Krankenhauses beschaffen sein sollte, um dieses Defizit vermeiden zu können.

Beispiel

Das Ziel der medizinischen Leistungsbereiche eines Krankenhauses ist die Wiederherstellung der Gesundheit eines Patienten, die Linderung von Leiden und/oder das Leisten von Geburtshilfe. Die Verantwortung für das Einlösen dieses Zieles wird – bezogen auf einen einzelnen Patienten – einem dafür kompetenten Arzt zugewiesen. Dieser Arzt entscheidet, welche Maßnahmen der Diagnostik, der Therapie und der Behandlungspflege wann durchgeführt werden, damit der Patient so früh als möglich – aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der spezifischen Situation des Patienten (eventuell ist der Patient alt und/oder lebt ohne Partner) – entlassen werden kann.

Je nach der Leitungsstruktur des Krankenhauses kann der Arzt die ihm zugewiesene Verantwortung nur eingeschränkt wahrnehmen. Wann nämlich die für das Erstellen der Diagnose erforderlichen Laboratoriums- und/oder Röntgenbefunde zur Verfügung stehen, wann der Patient gegebenenfalls operiert wird und wann die von dem Arzt angeordneten Maßnahmen der Behandlungspflege durchgeführt werden, entscheidet nicht der für den Patienten verantwortliche Arzt, sondern die für die genannten medizinischen Supportbereiche bzw. die für den Pflegebereich Verantwortlichen. Abweichungen von der von dem Arzt erarbeiteten Behandlungsplanung sind deshalb nicht ausgeschlossen.

Der Arzt hat somit auch nur einen eingeschränkten Einfluss darauf, ob das skizzierte Behandlungsziel in zeitlicher Hinsicht realisiert werden kann. Er wird – wenn das Behandlungsziel nicht realisiert wird – auf das Auseinanderfallen von Verantwortungsbereich und Entscheidungsspielraum verweisen und die Verantwortung für die Folgen für den Patienten ablehnen.

6.4.2 Die Gestaltungsbereiche im Überblick

Bei der weiteren Behandlung des Themas werden zwei Leitungsstruktur-Ebenen unterschieden (s. Abb. 35):

1. In der Mikro-Ebene steht die Beantwortung der Frage im Vordergrund, wie die Handhabung einzelner Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit (s. Tab. 13) im Detail arrangiert werden muss, damit diese im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung praktiziert werden können (s. Kap. 6.4.3). Dabei wird immer wieder danach gefragt, ob das Gestal-

Tab. 13 Die Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit

Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit	
Kernfunktionen	**unterstützende Funktionen**
Zielsetzung	Motivation
Planung	Repräsentation
Organisation	
Realisation	
Kontrolle	

tungsergebnis den Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung entspricht (s. Beispiel 1).

Beispiel 1

Die Planung – zum Beispiel der Leistungen und/oder der Kosten – wird so organisiert, dass die von der Planung betroffenen entweder persönlich oder vertreten durch einen Agenten an den Planungsgesprächen und -entscheidungen teilnehmen und ihre Interessen vertreten können. Eine dialogische Verständigung mit dem Planungsträger unter anderem über die Planungsmethoden, über die Faktoren, die das Ergebnis der Planung beeinflussen, und über das Planungsergebnis wird ermöglicht (s. unter anderem die Grundpostulate „Berücksichtigung der Interessen Betroffener", „Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung" und „Förderung der Mündigkeit der Stakeholder").

Bezogen auf das Beispiel in Kapitel 6.4.1 ist deshalb zu fordern, dass der für den Patienten verantwortliche Arzt die Behandlungsplanung in Abstimmung mit den Supportbereichen und dem Pflegebereich erarbeitet.

2. In der Makro-Ebene wird die Organisation der Leitungstätigkeit dargestellt (s. Kap. 6.4.4). Sie ist der Rahmen für die Realisierung der Managementfunktionen und für die Zuweisung von Verantwortung zu einem Verantwortungsträger. In diesem Zusammenhang ist zu überlegen, wie die aufbauorganisatorische Grundstruktur des Krankenhauses gestaltet sein muss. Es stellt sich die Frage, in wie viele Leitungsebenen ein Unternehmen vernünftigerweise gegliedert wird; es fragt sich, ob die Leitungstätigkeit weitgehend an die Basis des Unternehmens verlagert oder in dessen Spitze zentral wahrgenommen wird. Schließlich stellt sich die Frage nach der personellen Besetzung der Instanzen, denen die Wahrnehmung der Managementfunktionen übertragen wird, und wie – wenn es mehrere Personen sind – die Zusammenarbeit dieser Personen erfolgt.

Beispiel 2

Die Instanzen, die die Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit wahrnehmen, sind unterschiedlich organisiert. So gibt es Krankenhäuser mit einer Ein-Personen-Geschäftsführung. Andere Krankenhäuser und/oder Leistungsbereiche in diesen werden von einem Kollegialorgan geleitet, besetzt im Regelfall mit einem Arzt, einer Krankenpflegekraft und einem Kaufmann. Ist Letzteres der Fall, bedarf es der Festlegung, welche Aufgaben von welchem Mitglied in eigener Verantwortung und welche Aufgaben von den Mitgliedern des Kollegialorgans gemeinsam wahrgenommen werden und wie für diesen Fall bei konträren Auffassungen unter den Mitgliedern eine Entscheidung herbeigeführt wird (s. unter anderem die Grundpostulate „Berücksichtigung der Interessen Betroffener", „Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung" und „Förderung der Mündigkeit der Stakeholder").

Bezogen auf das Beispiel in Kapitel 6.4.1 wird deshalb von den Ärzten immer wieder gefordert, dass sie gegenüber den für die Behandlungspflege zuständigen Krankenpflegekräften unmittelbar weisungsbefugt sind, damit sie Verantwortung für das Realisieren eines Behandlungszieles uneingeschränkt wahrnehmen können.

6.4.3 Die Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit

Die Teilfunktionen im Überblick

In der betriebswirtschaftlichen Literatur und in der Unternehmens-Praxis wird der Prozess des Managens eines Unternehmens unterschiedlich strukturiert. Dieses betrifft vor allem die Abgrenzung zwischen der Zielsetzung, der Planung und der Entscheidungstätigkeit. Als Grundlage für die Darstellung der Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln im Krankenhaus wird die in Tabelle 13 ausgewiesene Gliederung der Leitungstätigkeit in Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit verwendet. Die Beschreibung des strategischen Managementprozesses in Kapitel 3.1 ist der unten folgenden inhaltlich weitgehend identisch, wenngleich terminologisch einige Unterschiede gegeben sind. In Kapitel 3.1 wird der Bezug zu dem Thema „sozial verantwortliches

Handeln“ unmittelbar hergestellt, während in dem vorliegenden Abschnitt zunächst eine allgemeine Beschreibung der Funktionen erfolgt und erst in den folgenden Abschnitten die Anforderungen dargestellt werden, die berücksichtigt werden müssen, damit sozial verantwortliches Handeln nicht behindert wird.

Die Entscheidungstätigkeit, die in Kapitel 6.5 thematisiert wird, wird in dieser Darstellung nicht als gesonderte Leitungstätigkeit ausgewiesen (anders z.B. bei Schierenbeck, S. 97). Begründet wird dieses damit, dass jede Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit Entscheidungen verlangt.

- Wenn die Mission, die Unternehmensgrundsätze und die Vision, also das normative Grundgerüst des Krankenhauses festgelegt worden ist, beginnt der Prozess der Aufgabenerfüllung mit der Entwicklung und Verabschiedung der Unternehmensziele (Zielsetzung). Das Zielsystem des Krankenhauses ist das Ergebnis einer strategischen Umwelt- und Unternehmensanalyse. Es geht auf dessen institutionellen Sinn zurück – warum wird ein Krankenhaus gegründet und betrieben? –; es schließt die Sicherung der Existenz des Krankenhauses und der darin vorgehaltenen Arbeitsplätze (= Formalziel) als Basis für die Deckung des Bedarfs an medizinischen Leistungen (= Sachziel) ein (Eichhorn, S. 97ff.).
- Während die Zielsetzung das künftige Verhalten des Unternehmens determiniert, ist es Aufgabe der Planung, die Zielsetzung unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Zielrealisierung gegebenen internen und externen Umsetzungsbedingungen in operationale Vorgaben zu transformieren.
  Damit hat die Planung zwei Funktionen (Hellfors, S. 41): Mit der zukunftserkennenden Funktion stellt sie zukünftige Ereignisse und Entwicklungen fest, sucht also die Antwort zum Beispiel auf die Frage, mit wie viel Patienten die klinische Abteilung X im nächsten Planungsjahr wahrscheinlich rechnen kann. Mit der zukunftsgestaltenden Funktion legt die Planung – z.B. im Rahmen einer Zielvereinbarung zwischen der Geschäftsführung und dem für die Leitung der klinischen Abteilung X Verantwortlichen – die Anzahl der durch diese Abteilung im nächsten Planungsjahr zu behandelnden Patienten fest und die Ressourcen (Mitarbeiter, Materialien, Geräte usw.), die für die Realisierung der geplanten Leistung erforderlich sind. Sie stellt damit in Form von strategischen Programmen die Verbindung zu der operativen Planung her.
- Es folgen die Gestaltung des betrieblichen Kombinationsprozesses (Organisation), also die Festlegung der Leitungsstruktur des Krankenhauses und der Arbeitsabläufe in diesem als Basis für die Realisierung des Planungsergebnisses sowie
- der Vollzug der Maßnahmen (Realisation).
- Dessen Ergebnis wird durch einen Vergleich mit einer Norm – dem durch die Aufgabenerfüllung zu erreichenden Zustand einschließlich der Berücksichtigung von Stakeholder-Bedürfnissen – kontrolliert (Kontrolle), um bei Abweichungen durch steuernde Eingriffe in die Realisierung eine möglichst große Annäherung zwischen dem tatsächlich Erreichten und der Zielsetzung gewährleisten zu können. Zu der Analyse eventuell festgestellter Abweichungen zwischen der Norm und dem tatsächlich Erreichten gehört es auch, zu prüfen, ob das gesetzte Ziel und/oder das Ergebnis der Planung überhaupt erreichbar gewesen sind und/oder ob die gewählte Organisation zur Zielerreichung geeignet war. Gegebenenfalls erstrecken sich die steuernden Eingriffe auch auf die Revision der Zielsetzung und/oder die der Planung und/oder die der Organisation.
- Ob und inwieweit das gesteckte Ziel erreicht wird, hängt auch von der Übereinstimmung zwischen dem von den Mitarbeitern aufgrund ihrer Rolle erwarteten und deren tatsächlichen Verhalten ab. Eine eventuell gegebene Diskrepanz, gegebenenfalls auch in Hinblick auf sozial verantwortliches Handeln, wird durch spezifische Führungsleistungen ausgeglichen (Motivation) (Staehle 1999, S. 200ff. und 301ff.).
- Zu den Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit zählt schließlich die Vertretung der Interessen des eigenen Aufgabenbereiches gegenüber gleich- oder übergeordneten Stellen (Repräsentation). Durch die Einflussnahme auf Entscheidungen gleich- oder übergeordneter Stellen wird versucht, die Voraussetzungen für die Aufgabenerfüllung des eigenen Aufgabenbereiches möglichst vorteilhaft zu gestalten.

Die Berücksichtigung von Stakeholder-Anliegen ist hinsichtlich vor allem dreier Aspekte der Willensbildung und -durchsetzung von Relevanz.

Sie sind Gegenstände der nun folgenden Betrachtung. Dabei handelt es sich um

1. die Handhabung der beiden Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit Planung und Kontrolle und deren Zusammenfassung in einer einheitlichen Teilfunktion Controlling
2. einige Elemente der Organisation des Krankenhauses; dabei wird die Organisation im institutionellen Sinne als die Ordnung, also als eine Summe von Regeln verstanden, die für das zielgerichtete Zusammenwirken einer Vielzahl von Aufgabenträgern in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Unternehmen erforderlich ist und um
3. diverse Felder des Personalmanagements, dessen Aufgabe es ist, die personellen Voraussetzungen für die Realisierung der unter Ziffer 2. genannten Ziele zu schaffen.
   Die Teilfunktion „Zielsetzung" fehlt in dieser Aufstellung. Der Grund: In der hier verwendeten Begriffsbestimmung wird unter Zielsetzung ein Vorgang verstanden, der das Sachziel und das Formalziel des Krankenhauses festlegt und somit im Regelfall als Datum für das Handeln der Geschäftsführung angesehen werden kann. So wie der Begriff „Zielsetzung" in der Praxis häufig verwendet wird, ist er im Rahmen der hier verwendeten Systematik der Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit mit der zukunftsgestaltenden Funktion der Planung weitgehend identisch.

Die übrigen Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit werden – soweit sie für die Umorientierung des Managens eines Krankenhauses relevant sind – in Kapitel 8 zum Thema gemacht.

Die Darstellung der Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit beginnt jeweils mit einer kurzen Charakterisierung der Teilfunktion und der Beantwortung der Frage, welche Ziele mit deren Hilfe verfolgt werden und welche Wirkungen von deren Realisierung ausgehen. Danach werden die Anforderungen an den Prozess der Gestaltung der Teilfunktion (Controlling und Personalmanagement) bzw. an deren Ergebnis (Organisation) beschrieben. Es wird gezeigt, durch welche Art von Prägung das Wahrnehmen sozialer Verantwortung durch die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter ermöglicht und unterstützt werden kann.

Controlling

a) Charakterisierung

Die Komplexität der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse nimmt zu. Die Ursachen dafür sind unter anderem die Herausforderungen, mit denen sich die Geschäftsführung konfrontiert sieht. In deren Folge werden Veränderungen technischer, organisatorischer, personeller und finanzieller Art notwendig, um in dem zunehmenden Wettbewerb auf dem Absatz- und auf dem Arbeitsmarkt bestehen zu können.

In immer größerem Maße werden Entscheidungen auf der Basis unsicherer und unvollständiger Informationen getroffen. Das Risiko, dass das Ergebnis eines durch eine Entscheidung ausgelösten Prozesses nicht den Erwartungen des Entscheidungsträgers entspricht, wird größer. Dieses gilt insbesondere für Planungen zur langfristigen Existenzsicherung des Krankenhauses.

Das Risiko, dass durch nachgeordnete Instanzen Entscheidungen gefällt werden, deren Ergebnis mit den Intentionen der Geschäftsführung nicht übereinstimmt, nimmt mit zunehmender Dezentralisierung der Leitungstätigkeit, mit der Erweiterung der Delegation von Entscheidungsbefugnissen von einem Vorgesetzten an seine Mitarbeiter und der Spielräume, die den Entscheidungsträgern eingeräumt werden, zu. Hinzu kommt, dass die Übersetzung des Unternehmenszieles in konkretes betriebliches Handeln ein Prozess ist, dessen Ergebnis durch Entscheidungen in einer Vielzahl von Subsystemen beeinflusst wird (Schreyögg 1991, S. 264f.) (s. Beispiel).

Beispiel

Eine neue Behandlungsmethode, die als Ergebnis einer unternehmerischen Entscheidung der Geschäftsführung entwickelt worden ist, kann möglicherweise nicht wie geplant eingeführt werden, weil das Subsystem „Personalabteilung" die Mitarbeiter mit der dafür notwendigen Qualifikation nicht (rechtzeitig) zur Verfügung stellen kann.

Um auch unter diesen Bedingungen eine hohe Qualität und Effizienz der Patientenbehandlung gewährleisten zu können, bedienen sich die Geschäftsführung und die für die Leistungsbereiches des Krankenhauses Verantwortlichen als Entscheidungs- und Steuerungshilfe des Controllings, indem

- die Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit „Planung“ und „Kontrolle“ zu einem einheitlichen Management-Instrument „Controlling“ zusammengefasst werden,
- die Teilfunktion Controlling das Management mit entscheidungsrelevanten Informationen versorgt und im Sinne der Beratung die von dem Management zu fällenden Entscheidungen und deren Umsetzung vorbereitet und
- das Management bei der Korrektur eventuell aufgetretener Fehlentwicklungen unterstützt.

!

So gesehen ist Controlling eine der zentralen Voraussetzungen dafür, um einem Verantwortungsträger, der die Folgen seiner Entscheidungen mit ausreichender Sicherheit nicht vorhersehen kann, Verantwortung zuweisen zu können. Mit Hilfe des Controllings werden Unsicherheiten abgebaut und damit sozial verantwortliches Handeln erst ermöglicht. Der Gestaltung des Controllings kommt deshalb für das Wirksamwerden der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung eine besondere Bedeutung zu.

Die bisher skizzierte – gewissermaßen gewohnte – Charakterisierung der Managementfunktion ordnet dem Controlling eine Führungskoordinierungsfunktion und eine Führungsunterstützungsfunktion zu. Wenn das Controlling in den Dienst das Management der sozialen Verantwortung gestellt wird, übernimmt es darüber hinaus die Funktion einer „Metaführung“ (Göbel 2006, S. 245; Naegler et al., S. 249f.). Es hinterfragt in dieser Rolle das Handhaben des Managements der sozialen Verantwortung; es leistet einen Beitrag dafür, dass eine verantwortungsbewusste Unternehmensführung dauerhaft wirksam werden kann.

b) Anforderungen an die Gestaltung des Controllings
So gesehen lassen sich für die Gestaltung des Controllings sowie für die der Planung und der Kontrolle die im Folgenden genannten Gestaltungs-Felder und -Anforderungen identifizieren. Die Gestaltungs-Felder werden der besseren Übersicht wegen zu drei Gestaltungs-Feld-Gruppen zusammengefasst (s. Tab. 14).

Anforderungen an das Controlling

Gestaltungs-Feld-Gruppen; Gestaltungs-Feld; Anforderungen an die Gestaltung

1. Kulturelle und strategische Aspekte des Controllings

Controlling-Leitbild
Die Einführung des Controllings (was heutzutage nur noch selten notwendig wird) bzw. dessen Ausbau wird bei den Führungskräften und den Mitarbeitern skeptisch beurteilt. Wenn von der Geschäftsführung nicht anders kommuniziert, sehen die Führungskräfte und die Mitarbeiter in der Einführung/der Erweiterung des Controllings nicht selten ausschließlich den Versuch des Top-Managements, die Effizienz der Patientenbehandlung zu steigern, und zwar zu ihren und der Patienten Lasten.

Tab. 14 Gestaltungs-Feld-Gruppen des Controllings

Gestaltungs-Feld-Gruppen	Gestaltungs-Feld
1 Kulturelle und strategische Aspekte des Controllings	Controlling-Leitbild mit unter anderem den Inhalten ■ Zielsetzung des Controllings ■ Bedeutung des Controllings für die Geschäftsführung ■ Umgang mit Fehlern
	Personelle Voraussetzungen
2 Organisation des Controllings	Gegenstände der Planung/der Kontrolle*
	Eingliederung des Controllings in die Krankenhausorganisation
	Berichtswesen
3 Prozess des Controllings	Prozess der Planung
	Kontrollprozess

* Die Gegenstände der Planung sind immer auch Gegenstände der Kontrolle. Deshalb werden als Gegenstände der Kontrolle nur jene gesondert genannt, die nicht auch Planungsgegenstände sind.

Es empfiehlt sich deshalb, die Einführung/die Erweiterung des Controllings mit der Erarbeitung eines Controlling-Leitbildes vorzubereiten. Gegenstände dieses Leitbildes sollten insbesondere sein:

- die Zielsetzung des Controllings,
- die Bedeutung des Controllings für die Geschäftsführung und
- der Umgang mit Fehlern.

Die Erarbeitung des Controlling-Leitbildes wird nicht nur initiiert von der Geschäftsführung. Von zentraler Bedeutung für die Akzeptanz des Controllings ist es, dass sich die Geschäftsführung die Zeit nimmt, um sich an der Entwicklung des Controlling-Leitbildes im Sinne einer vertrauensbildenden Maßnahme aktiv und gemeinsam mit den Führungskräften und den Mitarbeitern zu beteiligen und dass auf diese Weise die Anliegen der Führungskräfte und der Mitarbeiter in die Gestaltung des Controllings einbezogen werden. Das Controlling-Leitbild ist das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen der Geschäftsführung und den Führungskräften und Mitarbeitern.

Die Geschäftsführung gestaltet den Prozess der Leitbildentwicklung so, dass sich die Führungskräfte und die Mitarbeiter als mündige Gesprächspartner angenommen wahrnehmen.

Mit dem Erarbeiten des Controlling-Leitbildes kommt die Geschäftsführung ihrer Verpflichtung nach, zu begründen, welche Ziele mit dem Controlling verfolgt werden, welche Bedeutung das Controlling für die Verantwortungsträger hat und wie künftig mit Fehlern umgegangen werden soll.

Zielsetzung des Controllings

Vor allem muss deutlich werden, dass

- mit der Einführung des Controllings dazu beigetragen wird, eine Organisation zu entwickeln, die es den Führungskräften und den Mitarbeitern ermöglicht, ihre Ziele als Agenten der Patienten verwirklichen zu können, also ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten in vollem Umfang für die Befriedigung der Patienten-Bedürfnisse wirksam werden zu lassen (Straub, S. 371),
- ein hinreichend großer Nutzen generiert werden kann, der möglichst vielen Stakeholdern, vor allem auch den Patienten und den Mitarbeitern, zu Gute kommt und der den Stakeholdern zeigt, dass der organisatorische und technische Aufwand sowie der Aufwand für notwendige Änderungen des Verhaltens der Führungskräfte und der Mitarbeiter gerechtfertigt sind und dass
- mit der Einführung des Controllings dazu beigetragen wird, dass das Krankenhaus seiner Gemeinwohlverpflichtung nachkommen kann.

In der Zielsetzung des Controllings muss im Sinne der Meta-Führung durch das Controlling manifest werden, dass

- zu dessen Gegenständen die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung gehört.

Bedeutung des Controllings für die Geschäftsführung

Die Einführung bzw. die Weiterentwicklung des Controllings ist nicht frei von Risiken. Eines dieser Risiken ist die Sorge vieler Führungskräfte und Mitarbeiter vor der Einschränkung ihres Entscheidungsspielraumes bzw. vor dem Aufbau organisationaler Barrieren, die das Wahrnehmen von Verantwortung behindern. Sie befürchten Machtverlust. Sie sind deshalb für die Entwicklung, die Implementation und die laufende Realisierung des Controlling-Konzepts häufig nicht ausreichend motiviert.

Die Geschäftsführung ist deshalb aufgerufen, sich mit den Führungskräften sowie den Mitarbeitern darauf zu verständigen, welche Art von Bedeutung das Controlling haben wird. Soll das Controlling

- ein Kontroll-/Planungs-Instrument nur für die oberste Leitungsebene oder
- eine Informationsbörse für alle Führungskräfte und Mitarbeiter oder zusätzlich auch
- eine Informationsbörse für alle Stakeholder

sein?

Im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung ist zu fordern, dass das Controlling als eine möglichst umfassende Informationsbörse ausgestaltet wird (Einschränkungen unter anderem mit Blick auf die strategische Unternehmensplanung und auf personelle Angelegenheiten nicht ausgeschlossen). Dann nämlich wird deutlich werden, welche Stakeholder-Interessen bei unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt worden sind; das Krankenhaus kommt seiner Pflicht zur Begründung seiner Entscheidungen nach. Es leistet einen Beitrag zur argumentativen, dialogischen Verständigung und zu Förderung der Mündigkeit der Stakeholder.

Umgang mit Fehlern

Es ist zu fordern, dass die durch das Controlling festgestellten Fehlentwicklungen nicht nur personalisiert und sanktioniert werden, sondern dass diese zu allererst als Chance für das künftige Vermeiden von Fehlern, als Anlass zur Verbesserung der Struktur des Krankenhauses und der Behandlungs- und Serviceprozesse verstanden werden. Nur so kann ein Beitrag zur Förderung der Stakeholder-Mündigkeit geleistet und die Bereitschaft zur Offenlegung von Fehlern gefördert werden. Nur dann, wenn die Mitarbeiter, aber auch andere Stakeholder die Gewissheit haben, dass Offenheit nicht schadet, dass Willkür ausgeschlossen ist, wird sich die dafür notwendige Transparenz herstellen lassen (Hildebrand 2001, S. 338).

Personelle Voraussetzungen

Insbesondere hinsichtlich der Kontrolle der Aufgabendurchführungs-Prämissen (Zielsetzung, Planung und Organisation) gilt es, die Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen und souveränen Umgang mit dem Instru-

ment Controlling zu schaffen. Wichtig ist vor allem, dass die für die Realisierung der Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit Zielsetzung, Planung und Organisation Verantwortlichen offen sind für eine dialogorientierte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Kontrolle.

Die Wirksamkeit der Kontrolle vor allem der Aufgabendurchführungs-Prämissen setzt einen souveränen, mündigen Controller voraus und ein Betriebsklima, in dem der Controller seine Rolle als kritischer „Counterpart" der Verantwortlichen (Weibler; Lucht, S. 886) – gegebenenfalls unterstützt durch die Geschäftsführung – auch über mehrere Hierarchieebenen hinweg wahrnehmen kann.

2. Organisation des Controllings

Gegenstände der Planung/der Kontrolle

Die Planung geht herkömmlicherweise der Frage nach, welche Leistungen wann erbracht und welche Ressourcen dafür benötigt werden und zur Verfügung gestellt werden sollen. In der Krankenhauspraxis spielt bei diesen Überlegungen die ökonomische Vernünftigkeit des Ressourcen-Einsatzes eine zentrale und bisher noch nahezu ausschließliche Rolle.

Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass staatliche Planung durch Wettbewerb als Ordnungsidee zur Sicherstellung eines ausreichend hohen Angebotes an medizinischen Leistungen abgelöst wird. Es kann nicht mehr ausgeschlossen werden, dass die formalen Hürden, die derzeit einen Preiswettbewerb in nur sehr engen Grenzen zulassen, überwunden werden, und der finanzielle Rahmen für die Finanzierung der Betriebs- und der Investitionskosten immer enger gesteckt wird. Deshalb muss damit gerechnet werden, dass Entscheidungen im Krankenhaus auf allen seinen Ebenen ausschließlich auf der Grundlage ökonomischer Vorteilhaftigkeit im Interesse des Krankenhauses gefällt werden. Negative Auswirkungen auf die von den Entscheidungen Betroffenen können die Folge sein. Es ist deshalb zu fordern, dass die Bereiche und die Gegenstände des Controllings entsprechend dem Stakeholder-Konzept und der daraus resultierenden Erweiterung der Balanced Scorecard um eine Soziale Perspektive (Greulich et al., S. 70) (s. Abb. 39) erweitert werden, dass das Controlling nicht nur das Erreichen der Ziele des Krankenhauses in seine Arbeit einbezieht.

Wenn die Planung in den Dienst des Managements der sozialen Verantwortung gestellt wird, wenn also die Bedürfnisse diverser Betroffener berücksichtigt werden sollen und wenn dem Grundpostulat „Beschränkung des Gewinnprinzips" angemessen Geltung verschafft werden soll, dann bedarf es auch deshalb einer Erweiterung des Katalogs der Planungsgegenstände im Sinne einer erweiterten Balanced Scorecard (s. Abb. 39). Nicht nur die Planungsgegenstände aus der finanziellen Perspektive, der Prozess- und der Kunden-Perspektive sowie der Perspektive von Lernen und Innovation, sondern vor allem auch die der

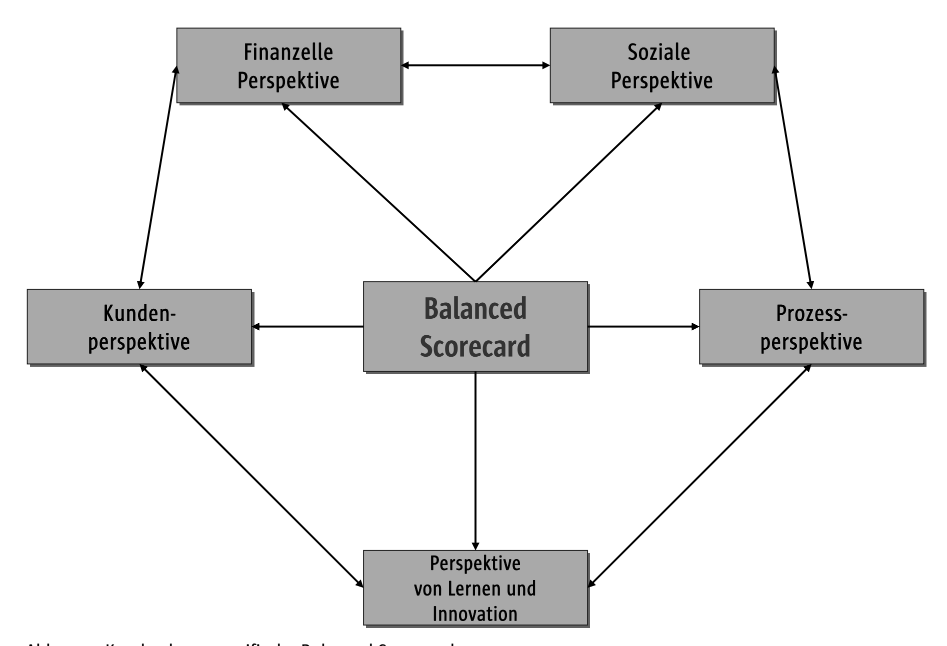


Abb. 39 Krankenhaus-spezifische Balanced Scorecard

sozialen Perspektive werden in die Planung einbezogen. Möglicherweise werden sonst nur die Handlungen gefördert, die kurzfristig quantitativ messbare Ergebnisse bringen. Die Maßnahmen dagegen, deren Ergebnisse qualitativer Art sind und nur mit beträchtlichem Aufwand messbar gemacht werden können und erst mittel- und langfristig zu den gewünschten Ergebnissen führen – wie z.B. zu der Akzeptanz des Krankenhauses durch die Menschen in seinem Einzugsbereich –, kommen zu kurz. Dabei handelt es sich aber gerade bei diesen Größen um jene, die die Basis für die langfristige Sicherung des Krankenhauses sind.

So gesehen zählen zu den Gegenständen der Planung beispielsweise jene Maßnahmen, die der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität sowie der Arbeitsbedingungen und damit der Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit dienen. Geplant werden zum Beispiel auch jene Maßnahmen, die im Sinne der Gemeinwohlverpflichtung des Krankenhauses ein bedarfsgerechtes Angebot an medizinischen Leistungen und die uneingeschränkte Erreichbarkeit des Krankenhauses gewährleisten. Damit wird dem Bedürfnis sowohl der Menschen, die im Einzugsbereich des Krankenhauses leben, als auch den diese gegebenenfalls einweisenden Ärzten entsprochen.

Gewissermaßen als Basis der „Metaführung“ werden die Entwicklung, die Implementation und die dauerhafte Ermöglichung des Managements der sozialen Verantwortung geplant und kontrolliert (Wittmann, S. 124).

Zu den Gegenständen der Kontrolle gehören außer den schon genannten Gegenständen der Planung auch die Prämissen der Aufgabendurchführung, nämlich die Planung und die Organisation.

Eingliederung des Controllings in die Krankenhausorganisation

Ein sozialorientiertes Führungskonzept zeichnet sich dadurch aus, dass Planungs- und Handlungsautorität und Verantwortung zusammengefasst sind. Ein solches Führungskonzept sieht vor, dass

- Planung je nach der Bedeutung der Planungsinhalte für die Unternehmensentwicklung und je nach ihrem zeitlichen Horizont entweder als strategische Planung in der obersten Leitungsebene oder als operative Planung möglichst dezentral, das heißt am Ort der operativen Verantwortung, und dass
- Kontrolle in erster Linie als Selbstkontrolle durch den jeweils Verantwortlichen

realisiert werden. So gesehen wird Controlling als strategisches Controlling in der obersten und als operatives Controlling eher an der Basis der Unternehmensorganisation wahrgenommen.

Mit dieser Art von Controlling-Organisation fördert die Geschäftsführung die Mündigkeit der Führungskräfte und der Mitarbeiter. Deren Bedürfnis nach Sicherheit – im Sinne von Bewältigenkönnen der ihnen übertragenen Aufgaben –, nach Wertschätzung und nach Selbstverwirklichung wird befriedigt.

Berichtswesen

Eine dem Management der sozialen Verantwortung verpflichtete Unternehmensführung löst einen spezifischen Informationsbedarf aus, der vor allem auch von dem Informationsbedarf externer Empfänger geprägt wird und der mit den üblichen betrieblichen Kennzahlen nicht befriedigt werden kann. In Sozialbilanzen werden die gesellschaftlichen und die betrieblichen Auswirkungen der Tätigkeit des Krankenhauses dargestellt (Göbel 2006, S. 247; Eisele, S 494ff.; Pfaff, S. 11ff.). Qualitätsberichte mit der Präsentation der Krankenhaus-Leistung in qualitativer und in quantitativer Hinsicht, aber auch die umfassende Darstellung der Leistungen des Personalmanagements sind Elemente von Sozialbilanzen, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden – so z.B. in dem Geschäftsbericht 2008 und dem Medizinischen Jahresbericht 2006/2007 der Helios Kliniken GmbH und in dem Qualitätsbericht 2007 des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Anhand dieser Dokumente können die diversen Stakeholder feststellen, ob überhaupt und in welchem Ausmaß ihren Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen entsprochen worden ist. Das Krankenhaus kommt seiner Pflicht zur Begründung unternehmerischer Entscheidungen nach. Es leistet einen Beitrag zur argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen den Verantwortungsträgern des Krankenhauses und den Stakeholdern und zu Förderung der Mündigkeit der Stakeholder.

3. Prozess des Controllings

Prozess der Planung

Es sollte versucht werden, die von den Auswirkungen unternehmerischer Planung Betroffenen möglichst persönlich an der Planung zu beteiligen, damit diese ihre Anliegen unmittelbar und ungefiltert in den Planungsprozess einbringen können.

Die persönliche Beteiligung ist allerdings nicht immer möglich:

- Die Betroffenen sind zum Beispiel wegen Krankheit oder wegen Unabkömmlichkeit an einem anderen Ort nicht im Stande, ihre Interessen persönlich wahrzunehmen.
- Die Zahl der Betroffenen ist so groß, dass die Geschäftsführung nicht mit allen persönlich verhandeln kann.
- Die Anliegen der Betroffenen sind so unterschiedlich, dass es vor Beginn der Verhandlungen mit der Geschäftsführung eines Ausgleichs der Interessen innerhalb der Gruppe der Betroffenen bedarf. Wenn dieses

nicht gelingt, nutzt auch die persönliche Beteiligung an den Planungsgesprächen nichts.

Nicht selten lassen sich die Betroffenen durch Agenten vertreten. Im Krankenhaus sind dieses zum Beispiel die Mitarbeiter-Vertretung, ein Ethikkomitee und/oder eine Ombudsperson (s. Kap. 7.4.2), die die Interessen der Mitarbeiter, der Patienten, der Bevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses und die der niedergelassenen Ärzte bei der Planung wahrnehmen.

Damit sich die Betroffenen oder deren Agenten kompetent an der Planung beteiligen können und damit ein Dialog als Grundlage für eine Verständigung hinsichtlich des Planungsergebnisses wirklich zustande kommen kann, muss verlangt werden, dass alle an dem Planungsprozess beteiligten möglichst frühzeitig mit den erforderlichen Materialien versorgt werden.

Die Beteiligung der Betroffenen an der Planung hat dagegen nicht selten eine Alibifunktion – nämlich dann, wenn den Beteiligten der fertige Plan zur Begutachtung oder Stellungnahme und zur Zustimmung vorgelegt wird; so sehen z.B. das Aktienrecht und die Personalvertretungsgesetze vor, dass dem Aufsichtsrat oder der Personalvertretung der fertige Plan, versehen mit einer ausführlichen Begründung, zur Zustimmung vorgelegt wird. Die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf das Ergebnis des Planungsprozesses sind damit – inhaltlich und zeitlich gesehen – im Regelfall eher begrenzt. Es handelt sich bei dieser Vorgehensweise nicht um die Beteiligung der Betroffenen an dem Planungsprozess im Sinne einer argumentativen, dialogischen Verständigung, sondern um die Aufforderung an die Betroffenen, bereits gefällte Entscheidungen zu kontrollieren (Wittmann, S. 125). Diese Vorgehensweise steht nicht nur im Widerspruch zu dem Grundpostulat „Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung“, sondern auch zu dem Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener“. Sie sollte deshalb, obwohl durch einschlägige Gesetze gedeckt und obwohl in der Praxis nicht immer leicht zu realisieren, im Sinne der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung korrigiert werden.

Das Management der sozialen Verantwortung fordert, dass Planungsautorität und Handlungsautorität für jeweils einen Verantwortungsbereich zusammengefasst werden. Die Planung sollte am Ort der Verantwortung institutionalisiert werden. Das schließt nicht aus, dass im Sinne des Gegenstromverfahrens der Planungsprozess mit der ausführlich begründeten Vorgabe der durch die Geschäftsführung für alle Bereiche des Unternehmens festgelegten globalen Unternehmensziele gestartet wird. Die daraufhin von den für die Leistungsbereiche Verantwortlichen vorgelegten Teilpläne werden sodann von dem Controlling auf ihre Eignung für das Erreichen der Unternehmensziele und auf ihre Verträglichkeit mit anderen Teilplänen hin evaluiert. Erst danach werden sie auf der Grundlage einer erneuten argumentativen, dialogischen Verständigung als Zielvereinbarung zwischen der Geschäftsführung und den Verantwortlichen und damit als Handlungsgrundlage verabschiedet. Das Bedürfnis der Führungskräfte und der Mitarbeiter nach Berücksichtigung diverser ihrer Bedürfnisse, so zum Beispiel nach Sicherheit – im Sinne von Bewältigenkönnen der übertragenen Aufgaben –, nach Wertschätzung und nach Selbstverwirklichung wird damit befriedigt. Die Führungskräfte und Mitarbeiter werden als mündige Stakeholder wahrgenommen.

Planung ist in vielen Unternehmen inhaltlich eindeutig strukturiert und in zeitlicher Hinsicht aus guten Gründen streng reglementiert. Das verhindert aber nicht selten, dass relevante Gegebenheiten nicht rechtzeitig und nicht vollständig erkannt und deshalb nicht zum Gegenstand der Planung gemacht werden. Es gilt deshalb eine Balance zu finden zwischen einerseits der notwendigen strikten Planung der Planung und der für die Wahrnehmung möglichst aller Planungsgegenstände wünschenswerten Offenheit der Planung.

Kontrollprozess

Ausgehend von einem Menschenbild, wonach sich der Mensch zugunsten von Zielen, denen er sich verpflichtet fühlt, der Selbstdisziplin und der -kontrolle unterwirft (McGregor, S. 47ff. und 61ff.), sollte Kontrolle möglichst in Form der Selbstkontrolle durch den Verantwortlichen stattfinden. Der Controller unterstützt den für das Erreichen der vereinbarten Ziele Verantwortlichen, indem er diesem die kontrollrelevanten Informationen zur Verfügung stellt. Nur dann, wenn das tatsächliche Ergebnis und/oder das tatsächliche Verhalten der Verantwortlichen erheblich von den gewünschten Größen abweichen und es möglicherweise zu einer Gefährdung des Unternehmens insgesamt kommen könnte, wird die Selbst- durch die Fremdkontrolle ersetzt.

Das Krankenhaus ist in eine überbetriebliche Rahmenordnung integriert. Diese erwartet von dem Krankenhaus bestimmte Handlungen – mit unterschiedlicher Verbindlichkeit – oder verbietet andere. Auch in diesem Zusammenhang gilt das Primat der Selbstkontrolle, deren Glaubwürdigkeit durch ergänzende überbetriebliche Kontrollen gesteigert werden kann. Verschiedene Kontrollinstanzen kommen in Betracht: wie unter anderem der Staat[51], die Öffentlichkeit, vertreten durch diverse Medien, oder Verbraucherschutzorganisationen.

51 So gibt es zum Beispiel diverse gesetzliche Regelungen, die beim Betrieb von Röntgeneinrichtungen zur Behandlung von Menschen zu beachten sind. Deren Einhaltung wird in Berlin durch das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi) Berlin kontrolliert.

Mit der Realisierung eines Führungskonzepts, das auf Selbstkontrolle setzt, unterstreicht die Geschäftsführung die Rolle der Führungskräfte und Mitarbeiter als mündige Stakeholder. Mit der Selbstkontrolle betont die Geschäftsführung ein hohes Maß an Wertschätzung für die Verantwortlichen. Sie schafft die Voraussetzungen dafür, dass im Kontrollprozess die Bedürfnisse der diversen Stakeholder – weil der Kontrollierende nahe am betrieblichen Geschehen verortet ist – angemessen berücksichtigt werden können.

Organisation

a) Charakterisierung

Als weitere Managementfunktion, mit deren Hilfe die Voraussetzungen für das Realisieren des Managements der sozialen Verantwortung geschaffen werden können, wurde die Organisation identifiziert, die verschieden definiert werden kann:

1. Zum einen versteht man darunter eine Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit. Diese Funktion dient der zielgerichteten Kombination der Produktionsfaktoren und dem Entwerfen der Ordnung, die für das Zusammenwirken der Aufgabenträger in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Unternehmen notwendig sind.
2. Mit dem Begriff „Organisation" wird auch das Ergebnis des Organisierens gemäß Ziffer 1. bezeichnet.

Unter Organisation wird hier entsprechend der Definition in Ziffer 2. im Sinne der Mikro-Struktur des Unternehmens die Arbeitsorganisation verstanden (Staehle, S. 675) (Ein Ausschnitt der Unternehmensorganisation auf der Makro-Ebene wird in Kapitel 6.4.4 unter der Überschrift Organisation der Leitungstätigkeit behandelt).

Bei der schon behandelten Managementfunktion Controlling und der im Kapitel 6.4.3, Personalarbeit, noch zu untersuchenden Teilfunktion Personalarbeit wurde bzw. wird danach gefragt werden, wie die Managementfunktion gestaltet werden muss, um der Geschäftsführung, den Führungskräften und den Mitarbeitern des Krankenhauses ein sozial verantwortetes Handeln dauerhaft zu ermöglichen. Im Zusammenhang mit der Managementfunktion Organisation wird dagegen eine Antwort auf die Frage gesucht, wie die Organisation des Unternehmens als Ergebnis der Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit beschaffen sein muss, damit diese der geeignete Rahmen für die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung ist.

Von der Festlegung organisatorischer Regelungen sind aber nicht nur die Geschäftsführung sowie die Mitarbeiter und deren Führungskräfte, sondern auch viele andere Stakeholder des Krankenhauses betroffen. Auch deren Entscheidungsspielräume, deren Spielraum für die Realisierung ihrer eigenen Ziele wird möglicherweise nicht unwesentlich beeinflusst (s. Beispiele 1 und 2).

Beispiel 1

Ein Krankenhausträger, der in einem Ballungsgebiet mehrere Krankenhäuser betreibt, beschließt, vergleichbare medizinische Leistungen, die sich durch hohe Anforderungen an die Qualifikation der dafür zuständigen Ärzte auszeichnen und die bisher in nahezu allen der von ihm betriebenen Krankenhäusern angeboten werden, in jeweils einem Behandlungszentrum zusammenzufassen. Für chronisch kranke Patienten, die auf diese Leistungen angewiesen sind, bedeutet dieses, dass sie künftig entweder ein anderes Krankenhaus in ihrer Nachbarschaft mit einem entsprechenden Leistungsangebot aufsuchen oder dass sie, um den ihnen vertrauten Arzt weiterhin konsultieren zu können, einen – in zeitlicher und in finanzieller Hinsicht – sehr viel aufwändigeren Weg zu dem neuen Behandlungszentrum in Kauf nehmen.

Beispiel 2

Das Krankenhaus beschließt, bestimmte Materialien künftig nicht mehr zu bevorraten, sondern sich im Bedarfsfall gewissermaßen „just-in-time" beliefern zu lassen. Für die davon betroffenen Lieferanten bedeutet dieses, sich organisatorisch auf diese Form der Belieferung einzustellen oder – wenn dieses nicht erfolgen soll – möglicherweise einen Kunden zu verlieren.

Um die Gestaltungs-Felder der Organisation identifizieren zu können, bedarf es eines Blickes auf den Prozess des Entstehens der Organisation. Die Schritte dieses Prozesses sind (Kosiol, S. 60ff.)

1. die Zerlegung der Gesamtaufgabe des Krankenhauses in Teilaufgaben und
2. die Zusammenfassung gleichartiger Teilaufgaben zu der Aufgabe einer Stelle und in weiterer Folge zu den Aufgaben einer größeren Organisationseinheit – wie z.B. einer klinischen Abteilung –, deren Wahrnehmung einem Mitglied der Geschäftsführung, einer

Führungskraft oder einem Mitarbeiter übertragen wird.

Gleichartig in diesem Sinne sind die Aufgaben hinsichtlich bestimmter Merkmale, und diese sind
- die zwecks Erledigung einer Aufgabe auszuführende Verrichtung,
- das Objekt, an dem die Verrichtungen vollzogen wird,
- der Rang der Teilaufgabe als Entscheidungs- oder als ausführende Aufgabe sowie
- die Zeit, der Ort und die Hilfsmittel für die Erledigung der Aufgabe.

Bei der Zusammenfassung gleichartiger Aufgaben zu Stellenaufgaben kommen grundsätzlich vier Gestaltungsprinzipien und Arten von Spezialisierungen in Betracht:
1. Zusammenfassung von Teilaufgaben mit gleichartigen Verrichtungen, die an allen Arten von Objekten ausgeführt werden (s. Beispiel 3).

Beispiel 3

Jede Pflegekraft übernimmt aus dem Katalog der Pflegearbeiten jeweils eine Funktion – wie zum Beispiel das Messen des Blutdrucks – und führt diese bei allen Patienten einer klinischen Abteilung aus. Die auf diese Weise organisierte Pflege wird als Funktionspflege bezeichnet.

2. Zusammenfassung von Teilaufgaben mit unterschiedlichen Verrichtungen, die für gleichartige Objekte wahrgenommen werden (s. Beispiel 4).

Beispiel 4

Einer Pflegekraft wird eine kleine Gruppe von Patienten mit gleichartigen Erkrankungen zugeordnet. Bezogen auf diese Patienten führt die Pflegekraft alle notwendigen Pflegemaßnahmen durch. In der Praxis wird das Ergebnis dieses Gestaltungsprinzips – unter dem Namen Gruppenpflege – im Regelfall nicht auf eine einzelne Pflegekraft, sondern auf eine Gruppe von Pflegekräften als Teil der Pflegenden einer klinischen Abteilung angewendet.

3. Zusammenfassung von Entscheidungsaufgaben einschließlich der Befugnis, das Ergebnis der Entscheidung anderen zur Ausführung anzuweisen, bei einer Stelle und Zusammenfassung der Ausführungsaufgaben bei anderen Stellen.
4. Eine spezielle Form der Arbeitsteilung gibt es zwischen den Organisationsbereichen Linie und Stab. Die Spezialisten des Stabes bereiten eine Entscheidung vor, indem sie die für die Lösung eines Problems infrage kommenden Alternativen generieren und bewerten. Der Linienverantwortliche wählt die Alternative aus, die umgesetzt werden soll; er trägt damit die Verantwortung für das Ergebnis des Entscheidungsprozesses und dessen Umsetzungs-Folgen.

Die Weiter-Entwicklung der Strukturen eines Krankenhauses ist vor allem durch den Fortschritt der Medizin und die der Medizin-Technik getrieben. Der Grad der Spezialisierung der Führungskräfte und der Mitarbeiter und in deren Folge der Grad der horizontalen Arbeitsteilung – im Sinne sowohl der verrichtungs- als auch der objektorientierten Spezialisierung – und der vertikalen Arbeitsteilung nehmen zu. Die Folgen davon sind unter anderem:
1. Patienten werden immer häufiger von einer größeren Zahl von Spezialisten behandelt, deren Entscheidungsspielräume und Verantwortungsbereiche – bezogen auf die gesamte Behandlung des Patienten – immer mehr eingeschränkt werden. Der Arzt, der für die Behandlung des Patienten gesamtheitlich verantwortlich ist und dem der Patient vertrauen will und kann, gibt es in einer solchen Struktur möglicherweise nicht mehr. Nicht selten kommt es vor, dass der Patient während der Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhaus bei der täglichen Visite von jeweils verschiedenen Ärzten besucht wird.
2. Auf der anderen Seite kann damit gerechnet werden, dass in Folge dieser Spezialisierung die Qualität der Behandlung und die Behandlungssicherheit, aber auch die Arbeitsproduktivität und damit die Effizienz der Behandlung zunehmen.
3. Die Arbeit des Arztes wird weniger abwechslungsreich, wenn er zum Beispiel in einer kardiologischen Klinik – als Ergebnis einer sowohl verrichtungs- als auch objektorientierten Spezialisierung – nur für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen zuständig ist.
   Die verrichtungsorientierte Spezialisierung im Pflegedienst – dort als Funktionspflege bekannt – führt zur Monotonie der Arbeit der Pflegekräfte und dazu, dass die Patienten nicht mehr nur einen Ansprechpartner und damit

die Vertrauensperson im Pflegedienst haben, sondern im Tagesablauf von mehreren Mitarbeitern des Pflegedienstes versorgt werden.
4. Weil der einzelne Mitarbeiter nur noch für einen Ausschnitt der Behandlung eines Patienten verantwortlich ist, nimmt die Gefahr zu, dass diese Teil-Verantwortung nicht mehr konsequent genug wahrgenommen wird – der nächste Mitarbeiter in der Behandlungskette wird schon aufpassen.
5. Die Gesundung des Patienten kann nicht mehr einem einzelnen Mitarbeiter als besonderer Behandlungserfolg zugeschrieben werden.
6. Die Spezialisten nehmen nur noch einen kleinen Ausschnitt ihrer Umwelt wahr und damit auch nicht die Folgen ihres Handelns für die Betroffenen.
7. Bei Fehlentwicklungen versuchen sowohl die Führungskraft, die eine Entscheidung fällt, als auch deren Mitarbeiter, der die Entscheidung vorbereitet, sich mit dem Hinweis zu exkulpieren, sie hätten sich auf die sachkundige Vorbereitung der Entscheidung durch den Mitarbeiter verlassen (können) (die Führungskraft) bzw. er hätte nur beraten und nicht entschieden (der Mitarbeiter).

Es ist im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung, wenn den Patienten die Errungenschaften der Medizin und die der Medizin-Technik ohne Einschränkung zugänglich gemacht werden. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass organisatorische Gestaltungsoptionen gefunden werden, die der Realisierung der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung nicht im Wege stehen. Es gilt, eine Balance zu finden zwischen den ökonomischen Vorteilen der Arbeitsteilung und dem Befriedigen diverser Stakeholder-Bedürfnisse. Es gilt Barrieren abzubauen, die sozial verantwortliches Handeln erschweren (Göbel 2006, S. 234).

Empirische Untersuchungen haben gezeigt (Waters, S. 283ff.), dass es insgesamt sieben „organizational blocks" gibt, die sozial verantwortliches Handeln behindern können. Drei von diesen
1. division of work,
2. strict line of command und
3. separation of decision

sind auf die bisher dargestellten Formen der Arbeitsteilung und deren Folgen zurückzuführen. Sie sollen hier – auch auf die Gefahr hin, einiges zu wiederholen – kurz beschrieben werden (Oppenrieder, S. 25ff. und die dort genannte Literatur), um anschließend – indem Anforderungen an die Organisation des Krankenhauses formuliert werden – Wege zu deren Überwindung aufzuzeigen.

Zu 1. division of work

Das Ergebnis der horizontalen Arbeitsteilung ist die mehr oder weniger starke Zergliederung des Krankenhauses in kleinere und größere Organisationsbereiche, die an der Behandlung eines Patienten entweder unmittelbar beteiligt sind oder als medizinische oder nicht-medizinische Supportbereiche Leistungen bereitstellen, die für die erfolgreiche Behandlung des Patienten erforderlich sind. Die für die genannten Organisationsbereiche verantwortlichen können die Gesamtfolgen ihres Handelns für den Adressaten der Verantwortung häufig nicht mehr übersehen; Ressortdenken führt dazu, dass unsoziale Praktiken nicht wahrgenommen und deshalb auch nicht geändert werden, weil sie nicht in den eigenen Verantwortungsbereich fallen.

Zu 2. strict line of command

Es gibt eine eindeutige Einlinienorganisation mit widerspruchsfreien Anweisungs- und Informationswegen. Jeder Mitarbeiter hat nur einen Vorgesetzten. Es besteht die Gefahr des Abschiebens von Verantwortung und des Entlastens von der Verantwortung für die Folgen ihres Handelns. Die Mitarbeiter können sich auf den „Befehlsnotstand" berufen; sie erledigen nur das, was ihnen von der Führungskraft aufgetragen worden ist. Die Weisungen der Führungskraft werden nicht hinterfragt. Missliebige Informationen werden nicht weitergeleitet.

Die Führungskraft kann sich der Verantwortung mit der Begründung entziehen, dass sie einerseits auf Anweisungen ihrer vorgesetzten Instanzen tätig wird und dass sie andererseits mit ihren Mitarbeitern Zielvereinbarungen abgeschlossen hat, die für das Erreichen der Ziele zu fällenden Mittel-Entscheidungen aber in der Verantwortung der Mitarbeiter liege.

Es gibt eine Tendenz zu einer großen Zahl von Leitungsebenen mit einer zunehmenden Zahl von Störfaktoren für die Kommunikation. Das Maß an Verantwortung, das in den einzelnen Leitungsebenen von den Führungskräften und den Mitarbeitern wahrzunehmen ist, erscheint immer geringer. Die Bereitschaft, sich von der Übernahme der Verantwortung „zu drücken", nimmt zu.

Zu 3. separation of decision
Eine spezielle Form horizontaler Arbeitsteilung ist die separation of decision: die Trennung des Entscheidungsprozesses in

a) die Entscheidungsvorbereitung und
b) die Auswahl der zu realisierenden Alternative.

Die Zuweisung dieser beiden Aufgaben zu einem Spezialisten, der dem Verantwortungsträger zuarbeitet (Aufgabe a), und zu dem Verantwortungsträger (Aufgabe b) führt zur Delegation von Verantwortung von dem einen zu dem anderen Aufgabenträger und umgekehrt und dazu, dass Verantwortung nicht mehr wahrgenommen wird. Die im formalen Sinne kompetenzlosen Experten sind sich ihrer Verantwortung nicht bewusst; den formal zuständigen Verantwortungsträgern fehlt das Fachwissen, um ein kritisches Verantwortungsbewusstsein entwickeln und Fehlentwicklungen erkennen zu können.

b) Anforderungen an die Organisation
Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich drei Gestaltungs-Felder identifizieren, bei denen die Chance besteht, dass durch die Art der Organisation die Wahrnehmung von Verantwortung unterstützt werden kann. Es sollte damit die Möglichkeit gegeben sein, einen Teil der erwähnten Nachteile, die sich aus den zu erwartenden strukturellen Veränderungen ergeben, zu beseitigen.

Die drei Gestaltungs-Felder sind

1. der Entscheidungsspielraum, der den Führungskräften und den Mitarbeitern jeweils zugebilligt wird,
2. die horizontale Arbeitsteilung (bisher als verrichtungs- und als objektorientierte Spezialisierung bezeichnet) und
3. die vertikale Arbeitsteilung (als Ergebnis der Unterscheidung der Aufgaben nach ihrem Rang in Entscheidungsaufgaben mit Weisungsbefugnis und in ausführende Aufgaben und der Verteilung der Phasen des Entscheidungsprozesses auf verschiedene Personen).

Aus der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung und unter Berücksichtigung der Grundpostulate lassen sich, differenziert für die genannten Gestaltungs-Felder, die nachfolgend beschriebenen Anforderungen an die Gestaltung der Organisation entwickeln.

Anforderungen an die Organisation

Gestaltungs-Feld, Anforderungen an die Gestaltung

Entscheidungsspielraum der Führungskräfte und der Mitarbeiter
Im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung werden Entscheidungs- und Tätigkeitsspielräume geschaffen, die dem Akteur die Möglichkeit geben, im Rahmen der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgabe für die Lösung eines Problems Alternativen zu entwickeln, diese unter Berücksichtigung der Interessen der von seiner Entscheidung betroffenen Stakeholder zu bewerten und eine der Alternativen für die Umsetzung auszuwählen, also sozial verantwortlich zu handeln.

Wenn die Entscheidungsspielräume erweitert werden müssen, weil sie sonst für die Wahrnehmung von Verantwortung nur bedingt geeignet sind, stehen grundsätzlich drei Alternativen zur Verfügung (Scholz, S. 515 und 616ff.):

- job rotation,
- job enlargement und
- job enrichment.

Aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung sind die genannten Instrumente unterschiedlich zu beurteilen (Wittmann, S. 148f.). Job rotation und job enlargement dienen durch den Wechsel auf einen anderen Arbeitsplatz bzw. durch die Hinzunahme weiterer, qualitativ gleichwertiger zu den schon wahrgenommenen Aufgaben vielfach in erster Linie dazu, Monotonie und einseitige Arbeitsbelastungen zu reduzieren – auch das wäre im Sinne der Führungskräfte und Mitarbeiter. Eine Erweiterung des Entscheidungsspielraumes findet in der Regel aber nicht wirklich statt.

Eine Bereicherung der Aufgabeninhalte durch das Hinzufügen von Planungs- und Kontrollaufgaben erfolgt dagegen bei job enrichment. Insofern kann auch nur mittels des job enrichment ein wirklicher organisatorischer Durchbruch, also eine Erweiterung des Entscheidungsspielraums, erreicht werden. Der Erfolgsorientierung des Managements der sozialen Verantwortung wird entsprochen. Das Bedürfnis nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit der von den organisatorischen Veränderungen betroffenen Verantwortungsträger wird berücksichtigt. Deren Mündigkeit wird gefördert.

Horizontale Arbeitsteilung
Die erwähnten Folgen der division of work können – dann aber möglicherweise zu Lasten der Effizienz – überwunden werden, wenn einzelne Funktionen zu ganzheitlichen Arbeitsprozessen zusammengeführt werden. Einem Team von mehreren Personen – eventuell mit unterschiedlichen Fähigkeitsprofilen – wird die Wahrnehmung eines

vollständigen Aufgabenkomplexes einschließlich der dafür notwendigen Planungs- und Kontrollkompetenzen übertragen; es entsteht eine teilautonome Arbeitsgruppe[52]. In der Praxis der stationären Pflege wird das Ergebnis dieser Art von horizontaler Arbeitsteilung als Gruppenpflege bezeichnet.

Eine Alternative ist eine mehr am Behandlungsprozess orientierte Organisation. Die horizontale Arbeitsteilung wird als objektorientierte Spezialisierung vom Endergebnis des Behandlungsprozesses ausgehend gedacht und organisiert. Damit kann ein Verantwortlicher für das Endergebnis der Patientenbehandlung benannt werden. Die Zahl der Schnittstellen und das Fehlerrisiko können reduziert werden.

Mittels beider Organisationsformen wird erreicht, dass Führungskräfte und Mitarbeiter ein höheres Maß an Autonomie erhalten; es wird ihnen Vertrauen in ihre Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, signalisiert. Dem Eigenwert und der Subjektgeltung der Führungskräfte und der Mitarbeiter wird Rechnung getragen (Göbel 2006, S. 236f.). Die Mündigkeit der Verantwortungsträger wird gefördert. Dem Bedürfnis der Patienten nach weiterer Steigerung der Behandlungsqualität und -sicherheit wird entsprochen.

Vertikale Arbeitsteilung (= Hierarchisierung)
Die organisationale Barriere „strict line of command“ kann überwunden werden durch den Abbau überflüssiger hierarchischer Ebenen und durch die Zusammenführung von Planungs- und Handlungsautorität sowie von Verantwortung bei jeweils einem Entscheidungsträger. Mit der Dezentralisierung der Leitungsarbeit wird den Führungskräften und ihren Mitarbeitern die Verfügungsgewalt über Ziele und Mittel übertragen. Der Entscheidungsspielraum und damit die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, werden erweitert.

Im Übrigen wird das Bedürfnis der Führungskräfte an der Basis des Krankenhauses und deren Mitarbeiter nach Wertschätzung und Selbstentfaltung befriedigt. Sie sind nicht mehr nur Ausführungsorgan anderswo beschlossener Maßnahmen (Wittmann, S. 160).

Um ein Abschieben von Verantwortung von der Führungskraft auf die Experten oder umgekehrt verhindern zu können – siehe „separation of decision“ –, sollte diese Form von Arbeitsteilung möglichst auf ein Mindestmaß reduziert werden. Besser ist, die Entscheidungsbefugnis möglichst weit an die Basis zu verlagern, nämlich dorthin, wo das Expertenwissen verortet ist.

52 Diverse Automobilhersteller haben Anfang der siebziger Jahre diese Form der Arbeits-Organisation unter der Bezeichnung „Werkstattfertigung“ eingeführt. Der Nachteil ist eine – im Vergleich zur Fließbandfertigung – geringere Arbeitsproduktivität. In der Zwischenzeit wurde diese Form der Arbeitsorganisation mit dem Ziel der Effizienzsteigerung und unter Hintanstellung der Vorteile für die beteiligten Mitarbeiter wieder aufgegeben.

Personalarbeit

a) Charakterisierung, Ziele und Felder des Personalmanagements

Im Kapitel 6.4.3 wird zunächst danach gefragt, wie die Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit „Controlling“ und das Ergebnis der Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit „Organisation“ beschaffen sein müssen, damit Verantwortung im Sinne des Managements sozialer Verantwortung von einem Verantwortungsträger erfolgreich wahrgenommen werden kann. Das Wahrnehmen von Verantwortung bedingt allerdings nicht nur die schon genannten institutionellen Voraussetzungen, sondern auch der Unterstützung durch eine spezifische Art von Personalarbeit. Letztere wird nunmehr zum Thema gemacht.

Die Ziele des Personalmanagement werden aus den Zielen des Unternehmens abgeleitet und leisten, wenn sie erreicht werden, einen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele, nämlich für die langfristige finanzielle Sicherung der Krankenhaus-Existenz sowie für den Erhalt der in ihm vorgehaltenen Arbeitsplätze. Diese Ziele sind dann realisierbar, wenn unter anderem gewährleistet ist, dass die Kunden des Krankenhauses – die Patienten und die einweisenden Ärzte – mit den Leistungen des Krankenhauses zufrieden sind, und wenn auf dieser Grundlage mit einer dauerhaft ausreichenden Inanspruchnahme mit ausreichend hohen Erlösen gerechnet werden kann. Zufriedenheit der Kunden setzt eine auf eine entsprechende Struktur- und Prozessqualität gestützte hohe Behandlungs- und Servicequalität sowie ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis voraus.

Die zuletzt genannten Ziele lassen sich verwirklichen, wenn das Personalmanagement

- bedarfsgerecht qualifizierte und motivierte Mitarbeiter gewinnen, an das Krankenhaus binden und wirtschaftlich einsetzen kann und
- wenn es als Voraussetzung dafür Arbeitsbedingungen schafft, die als Anreize für die Führungskräfte und Mitarbeiter dafür sorgen, dass diese ihre Fähigkeiten effektiv und effizient im Sinne der genannten Ziele mobilisieren und umsetzen.

Die Realisierung der erwähnten Ziele wird jedoch erschwert, solange die nachstehend genannten strukturellen Konflikte, durch die die Personalarbeit in einem Krankenhaus gekennzeichnet ist, nicht überwunden werden können.

- Krankenhäuser setzen Mitarbeiter ein, um die Existenz des Krankenhauses sichern und damit die Voraussetzung für die dauerhafte Befriedigung des Bedarfs an medizinischen Leistungen schaffen zu können. Die Mitarbeiter dagegen stellen ihre Arbeitskraft dem Krankenhaus zur Verfügung, um erstens ihre persönlichen Bedürfnisse (unter anderem die Sicherung ihrer Existenz und die eines ausreichend hohen Einkommens) und zweitens ihre Rolle als Agent der Patienten erfüllen zu können.
- Die Personalarbeit ist darüber hinaus geprägt durch die Sonderstellung der Leitenden Ärzte, die im Rahmen ihrer privaten Tätigkeit im Krankenhaus eigene Ziele verfolgen.
- Personalführung im Krankenhaus ist im Regelfall Gruppenführung. Deren spezifisches Ziel ist die Steigerung der Teamleistung durch das Nutzen von Synergien innerhalb der Gruppe (Scholz, S. 849). Der Erfolg der Gruppe wird getragen durch die gegenseitigen Sympathien der Gruppenmitglieder und durch deren Motivation, in der Gruppe bleiben zu wollen. Die Gruppe schützt die Gruppenmitglieder gegen unerwünschte Einflüsse von außen. Der Druck innerhalb der Gruppe auf jedes ihrer Mitglieder kann aber beträchtlich sein und damit die Leistung des Teams empfindlich schmälern.

Die Überwindung dieser Konflikte durch das Personalmanagement setzt voraus, dass die verschiedenen Funktionen des Personalmanagements so gestaltet werden, dass die Verantwortungsträger bereit und imstande sind, Verantwortung im Sinne der Goldenen Regel wahrzunehmen. Verantwortungsträger im Sinne des Personalmanagements sind vor allem die Führungskräfte; die Personalabteilung stellt die Personalmanagement-Instrumente zur Verfügung und unterstützt die zuerst genannten Verantwortungsträger bei deren Anwendung.

Als Grundlage für die Beschreibung der Aufgaben der Personalarbeit und für die Identifizierung der Anforderungen an diese (s. folgenden Textabschnitt) soll eine Gliederung der Aufgaben verwendet werden, die von dem inneren Zusammenhang dieser Aufgaben ausgeht. Personalmanagement wird als ein Prozess aufgefasst (Scholz, S. 83ff.), dessen Elemente miteinander integriert sind. Gleichartige Aufgaben werden Feldern des Personalmanagements zugeordnet (s. Tab. 15).

Tab. 15 Felder des Personalmanagements

Felder des Personalmanagements	
Personalbedarfs-bestimmung	Personaleinsatz
Personalbestandsanalyse	Personalkostenmanagement
Personalveränderung ■ Personalbeschaffung ■ Personalentwicklung ■ Personalfreisetzung	Personalcontrolling
	Personalführung

b) Anforderungen an ein Personalmanagement der sozialen Verantwortung

Anforderungen an ein Personalmanagement der sozialen Verantwortung stellen sich in allen Feldern des Personalmanagement, und zwar wie folgt.

Anforderungen an das Personalmanagement

Gestaltungs-Feld, Anforderungen an die Gestaltung

Personalbedarfsbestimmung

Das Ergebnis der Personalbedarfsbestimmung ist einerseits die Zahl der Mitarbeiter, die für die Realisierung eines konkreten Leistungsprogramms benötigt werden. Zum anderen fragt sie danach, welchen Anforderungen diese Mitarbeiter genügen müssen.

Der Bedarf an Mitarbeitern hängt – in quantitativer Hinsicht – entscheidend davon ab, wie die Interessen der von dem Ergebnis der Personalbedarfsbestimmung betroffenen gewichtet werden. Er wird größer sein, wenn die Anliegen der Patienten und die der Mitarbeiter bei der einschlägigen Entscheidung mit hohem Gewicht berücksichtigt werden; er wird dagegen geringer dimensioniert sein, wenn die Interessen des Eigentümers und der Krankenkassen eine gewichtigere Rolle spielen. Die Verantwortung darüber, mit welchem Gewicht die Stakeholder-Anliegen bei den einschlägigen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen, ist im Regelfall der Geschäftsführung zugewiesen. Diese legt als Ergebnis einer dialogischen Verständigung mit den Betroffenen und als eine Art Vor-Entscheidung die Stakeholder-Anliegen-Gewichtung fest (Näheres zu der Gewichtung von Stakeholder-Anliegen s. Kap. 8.3), bevor der Prozess der Personalbedarfsbestimmung gestartet werden

kann. Das Ergebnis dieser Vor-Entscheidung ist für alle Verantwortungsträger verbindlich.

Die notwendige Qualifikation der Mitarbeiter ist einerseits den Aufgaben geschuldet, die die Mitarbeiter wahrnehmen sollen; sie ist Gegenstand des Anforderungsprofils. Um dem Management der sozialen Verantwortung dauerhaft zur Wirksamkeit verhelfen zu können, werden in das Anforderungsprofil zusätzlich zu den üblichen Anforderungen fachlicher, methodischer und sozialer Art auch die Fähigkeit und die Bereitschaft, sozial verantwortlich zu handeln, aufgenommen; dazu gehören zum Beispiel Dialogfähigkeit, Toleranz und die Fähigkeit zu einem Verhalten, das durch Achtung gegenüber den Bedürfnissen anderer gekennzeichnet ist, sowie zur argumentativen, dialogorientierten Auseinandersetzung (Wittmann, S. 181).

Wird das Personalmanagement in den Dienst des Managements der sozialen Verantwortung gestellt, dann hat dieses auch Auswirkungen auf die Gestaltung des Prozesses der Personalbedarfsbestimmung, und zwar in zweierlei Hinsicht:

- Der Prozess sollte als Gegenstromverfahren organisiert werden (Naegler et al., S. 113ff.). Damit wird gewährleistet, dass das Ergebnis der Personalbedarfsbestimmung das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung unter allen von den Folgen der Personalbedarfsbestimmung betroffenen ist und dass die Bedürfnisse der betroffenen Verantwortungsträger nach einer angemessenen Personalausstattung berücksichtigt werden, und zwar sowohl in Bezug auf die Zahl der Mitarbeiter als auch auf deren Qualifikation.
- Die Anforderungen an den Mitarbeiter, dem eine Aufgabe zur Wahrnehmung übertragen wird, müssen von der für diesen Mitarbeiter verantwortlichen Führungskraft so rechtzeitig festgelegt werden, damit sie bei dem Prozess der Personalbedarfsbestimmung berücksichtigt werden können.

Durch das Einbeziehen der Mitarbeiter, die das Ergebnis der Planung umsetzen werden, in den Planungsprozess ist gewährleistet, dass die Bedürfnisse der Mitarbeiter und der Patienten berücksichtigt werden können. Die Mündigkeit der an dem Prozess beteiligten Führungskräfte und Mitarbeiter wird gefördert. Die Geschäftsführung bringt den Führungskräften und den Mitarbeitern ein hohes Maß an Wertschätzung zum Ausdruck. Sie kommt ihrer Begründungspflicht nach.

Personalbestandsanalyse und -veränderung

Der Vergleich des aktuellen Personalbestands mit dem Ergebnis der Personalbedarfsbestimmung wird durchgeführt, um sicherstellen zu können, dass

- die für die Realisierung des vereinbarten Leistungsprogramms ausreichende und mit den Bedürfnissen der Stakeholder abgestimmte Zahl von Mitarbeitern zur Verfügung steht,
- die für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgabe und für sozial verantwortliches Handeln erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter gegeben ist bzw. um
- eventuell bestehende Defizite beseitigen zu können.

Die Personalbestandsanalyse kann sich auf das Krankenhaus insgesamt und/oder einzelne seiner Organisationseinheiten beziehen. Zum anderen werden einzelne Mitarbeiter aus unterschiedlichen Gründen daraufhin beurteilt, ob deren Verhalten und Leistungen den in sie gesetzten Erwartungen entsprechen.

In Abhängigkeit von der Art der Differenz – und das gilt unabhängig von der Art der Analyse-Anlässe – werden entweder neue Mitarbeiter rekrutiert und/oder vorhandene weiterentwickelt und/oder Mitarbeiter freigesetzt (Naegler et al., S. 134ff.):

- Wenn neue Führungskräfte und/oder Mitarbeiter rekrutiert werden müssen, weil es einen Personal-Fehlbestand in quantitativer Hinsicht gibt, stellen sich aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung spezifische Anforderungen an das Auswahlverfahren. Dieses beginnt mit der möglichst präzisen Formulierung des Anforderungsprofils (zu den Inhalten siehe Feld Personalbedarfsbestimmung) in der Stellenausschreibung. Das Anforderungsprofil dient im Bewerbergespräch als Grundlage für eine argumentative, dialogische Verständigung zwischen dem Bewerber und seinem künftigen Vorgesetzten über die Art der ausgeschriebenen Aufgabe und die der Arbeitsbedingungen. Es wird außerdem als Grundlage für eine fundierte Begründung der Personalauswahl-Entscheidung benötigt. Schließlich wird es gebraucht, um den nicht zum Zuge gekommenen Bewerbern – wenn diese dieses möchten – die Gründe für ihre Ablehnung mitteilen zu können.
- Wenn das erwähnte Defizit qualitativer Art ist, steht das Personalmanagement vor folgender Konfliktsituation:
  - Das Defizit kann beseitigt werden, indem die nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter freigesetzt und neue Mitarbeiter mit den richtigen Fähigkeiten eingestellt werden.
  - Das Defizit kann aber auch dadurch behoben werden, indem die nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter – sofern diese Mitarbeiter über die notwendigen Entwicklungspotenziale verfügen – entsprechend den neuen Anforderungen weiterentwickelt werden. Dabei ist Personalentwicklung häufig nicht nur eine fachliche Weiterentwicklung (einschließlich der Entwicklung der dazugehörigen methodischen und sozialen Kompetenzen), sondern auch eine Einstellungs-Entwicklung (Näheres zu der Personalentwicklung s. Kap. 7.3.3 und 7.4.1).

Bei der Entscheidung, welchem dieser Lösungsansätze der Vorrang eingeräumt werden soll, spielen – weil die verschiedenen Vorgehensweisen unterschiedlich hohe Kosten verursachen – die Bedürfnisse des Eigentümers und der Krankenkassen nach Generierung eines möglichst hohen Gewinns und Minimierung der Kosten, aber auch die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Sicherheit ihres Arbeitsplatzes und einer angemessenen Vergütung sowie nach Wertschätzung eine Rolle und werden im Sinne sozial verantwortlichen Handelns explizit und begründbar berücksichtigt.

Anmerkung:

Im Vergleich zu der Personalbedarfsbestimmung sind die Gewichte der Anliegen der erwähnten Stakeholder neu zu bestimmen und auszubalancieren. Schließlich geht es den Mitarbeitern nicht mehr nur um eine möglichst auskömmliche Personalausstattung – wie bei der Personalbedarfsbestimmung. Ihr Anliegen ist jetzt existenzieller Art und bedarf deshalb einer deutlich höheren Gewichtung gegenüber den Anliegen der Eigentümer und Krankenkassen.

- Wenn ein Zuviel an Personal registriert wird und das Krankenhaus sich von Mitarbeitern trennen muss, stellen sich – ausgehend von den Bedürfnissen der Mitarbeiter und unter Berücksichtigung der Beschränkung des Gewinnprinzips – Anforderungen an das Personalmanagement der sozialen Verantwortung in drei Dimensionen:
  - Einerseits stellt sich die Frage, ob durch eine andere Gewichtung der den Personalbedarf beeinflussenden Stakeholder-Interessen – die Gewinnerzielungsabsicht wird weniger hoch gewichtet – oder durch die Veränderung anderer den Personalbedarf bestimmender Größen eine Veränderung des Personalbedarfs und damit die Beseitigung der zuvor festgestellten Differenz erreicht werden kann. In dieser Dimension stellt sich an das Personalmanagement – ausgehend von dem Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener" – und hier vor allem von dem Bedürfnis nach Arbeitsplatzsicherheit – auch die Forderung nach der Realisierung aller personellen Maßnahmen, die geeignet sind, die Personalfreisetzug i.e.S. vermeiden zu können – dazu zählen unter anderem Arbeitszeitverkürzung, Kurzarbeit oder Einstellungsstopp (Naegler et al., S. 180).
  - Die zweite Dimension umfasst – wenn es nach der Nutzung aller anderen personellen Maßnahmen bei einem Zuviel an Personal bleibt und betriebsbedingte Kündigungen notwendig werden – die Forderung nach der sachgerechten Durchführung der Sozialauswahl (Naegler et al., S. 180f.). Die für die Sozialauswahl geltenden Regeln räumen dem Arbeitgeber einen gewissen Gestaltungsspielraum ein, den dieser auch für die Berücksichtigung der Interessen der von der betriebsbedingten Kündigung betroffenen Mitarbeiter nutzen kann; dabei spielen moralische Prinzipien eine Rolle.
    Wie der erwähnte Gestaltungsspielraum genutzt wird, ist das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen der Geschäftsführung auf der einen Seite und den Führungskräften und Mitarbeitern auf der anderen Seite. Letztere lassen sich gegebenenfalls durch die Personalvertretung unterstützen und/oder vertreten. Die Personalvertretung muss dem Ergebnis der Sozialauswahl zustimmen.
  - Das Personalmanagement ist schließlich gefordert, ausscheidende Mitarbeiter aktiv zu unterstützen, sie zu beraten, gegebenenfalls weiterzubilden und ihnen bei der Beschaffung eines neuen Arbeitsplatzes möglichst zu helfen. Wenn die Personalfreisetzung durch das Instrument Outplacement unterstützt wird, ist damit am ehesten gewährleistet, dass sowohl die Interessen der ausscheidenden Mitarbeiter als auch die des Unternehmens angemessen berücksichtigt werden.

  Wie auch immer sich die Geschäftsführung anlässlich der verschiedenen Entscheidungssituationen positioniert, wichtig ist, dass die Entscheidung auf der Grundlage eines Dialogs mit den Betroffenen herbeigeführt wird und dass das Ergebnis der Entscheidung gegenüber den unmittelbar Betroffenen, aber auch gegenüber allen anderen Mitarbeitern, die sich mit den unmittelbar Betroffenen möglicherweise solidarisieren werden, mit guten Argumenten vertreten werden kann.

Personaleinsatz

Das Personaleinsatzmanagement führt Mitarbeiter und durchzuführende Aufgaben und die damit verbundene Verantwortung zusammen. Es stellt sicher, dass die Fähigkeiten des einzusetzenden Mitarbeiters mit den Anforderungen der Stelle übereinstimmen, dass die Verantwortung, die einer Stelle zugewiesen worden ist, tatsächlich auch wahrgenommen werden kann.

Eine Besonderheit des Personaleinsatzmanagements sind die drei Arten von Verantwortung, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen: die Anordnungsverantwortung, die Übernahmeverantwortung und die Durchführungsverantwortung. Die für den Einsatz von Mitarbeitern verantwortliche Führungskraft trägt die Verantwortung dafür, dass der für die Durchführung einer Aufgabe bestimmte Mitarbeiter zu deren Wahrnehmung befähigt ist (= Anordnungsverantwortung), während der beauftragte Mitarbeiter für die sach- und zeitgerechte Durchführung

der Aufgabe verantwortlich ist (= Übernahme- und Durchführungsverantwortung).

In dem Feld „Personaleinsatz“ stellen sich an das Personalmanagement der sozialen Verantwortung Anforderungen in zweierlei Hinsicht:

- Dem Mitarbeiter sollten nur solche Aufgaben zur Erledigung übertragen werden, deren Beanspruchung – diese ergibt sich aus den Arbeitsinhalten, den Arbeitszeiten und dem Arbeitsplatz (unter Berücksichtigung technischer und organisatorischer Aspekte) – von diesem mittels seiner Eigenschaften und Fähigkeiten bewältigt werden kann. Bei der Beurteilung, ob dieses Ziel des Personaleinsatzmanagements erreicht worden ist, wird danach gefragt, ob die Arbeit für den Mitarbeiter zufrieden stellend, zumutbar, erträglich und ausführbar (in dieser Rangfolge) ist; dabei spielt die altersspezifische Bewertung des Arbeitsplatzes angesichts der demografischen Entwicklung der Krankenhaus-Belegschaften eine zentrale Rolle.
- Die Gestaltung des Personaleinsatzes stellt in einem Unternehmen, das seine Leistungen „rund-um-die-Uhr“ anbieten muss und damit Mitarbeiter „rund-um-die-Uhr“ anwesend sein müssen, besonders hohe Anforderungen sozialer Art. So kann unter anderem erwartet werden, dass
  - schon die durch die Geschäftsführung erlassenen Grundsätze für die Gestaltung der Dienstpläne ausreichend Spielräume vorsehen, damit bei der Festlegung der leistungsbereichs-individuellen Dienstpläne die personellen und organisatorischen Besonderheiten der Leistungsbereiche, aber auch die Interessen anderer Stakeholder berücksichtigt werden können;
  - sowohl die Dienstplangrundsätze als auch die leistungsbereichs-individuellen Dienstpläne auf der Grundlage eines argumentativen Dialogs entwickelt werden und begründbar sind und dass
  - die Dienstpläne Ergebnis eines fairen Ausgleichs zwischen den Unternehmensinteressen und den Bedürfnissen der Führungskräfte und Mitarbeiter sind.

Die Zuweisung einer Aufgabe an eine Führungskraft und/oder einen Mitarbeiter sollte das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen der Geschäftsführung/Führungskraft und der/dem Führungskraft/Mitarbeiter und von der jeweils zuweisenden Instanz mit guten Argumenten begründet werden können.

Personalkostenmanagement

Das Personalkostenmanagement sucht eine Antwort nicht nur auf die Frage nach einer die Existenz des Krankenhauses sichernden Personalkostenplanung. Die Beantwortung dieser Frage ist aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung zwar auch von Bedeutung, soll aber aus Platzgründen hier nicht vertieft werden. Ein weiteres Thema des Personalkostenmanagement ist die Suche nach einer Antwort auf die Frage nach der Angemessenheit der Honorierung der Führungskräfte und der Mitarbeiter.

Dabei werden zwei Wirkungen der Honorierung in den Blick genommen, nämlich die Finanzierungswirkung und die Steuerungswirkung. So dient die Honorierung einerseits der Finanzierung eines auskömmlichen Lebensunterhaltes der Führungskräfte und Mitarbeiter und leistet damit einen ersten, meist allerdings begrenzten Beitrag zur Befriedigung eines Mitarbeiterbedürfnisses und damit zur Motivation der Führungskräfte und Mitarbeiter zu besonderen Anstrengungen. Ihre eigentliche Steuerungswirkung entfaltet die Honorierung erst dann, wenn die Geschäftsführung mit ihr zum Ausdruck bringt, welche Leistungen und welches Verhalten sie belohnen will. Letzteres gilt insbesondere für Handlungen, die im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind; sozial verantwortliches Handeln soll sich für die Verantwortungsträger finanziell lohnen.

Die Honorierung befriedigt – wenn sie entsprechend ausgestaltet wird – eine ganze Reihe weiterer Bedürfnisse der Führungskräfte und Mitarbeiter und leistet damit weitere Beiträge zu deren Motivation:

- Sie soll deren Bedürfnis nach Sicherheit befriedigen. Dazu gehört, dass das Gehalt oder der Lohn nicht nur ausreichend hoch für die Finanzierung des Lebensunterhaltes ist – das wurde weiter oben schon erwähnt. Die Führungskräfte und die Mitarbeiter erwarten darüber hinaus, dass die Höhe des vereinbarten Entgelts nicht im Falle einer finanziellen Notlage des Krankenhauses nach unten korrigiert wird (s. zum Beispiel Vivantes, S. 25).
- Die Honorierung soll „gerecht“ sein. Das Gehalt, das die Führungskräfte und die Mitarbeiter erhalten, soll der sich aus der Erledigung einer Aufgabe ergebenden Belastung und der Leistung, die die Führungskräfte und Mitarbeiter erbringen, entsprechen.
- Nicht selten ist die Höhe der Honorierung der einzige Indikator, mit dessen Hilfe die Führungskräfte und die Mitarbeiter das Ausmaß an Wertschätzung, die ihnen von der Geschäftsführung gezollt wird, feststellen können.

Die Honorierung der Akteure in einem Krankenhaus ist in Tarifverträgen geregelt oder das Ergebnis einer individuellen Vertragsgestaltung. Die Tarifverträge sind das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen den Tarifparteien; sie sind ein Kompromiss zwischen den Bedürfnissen der Führungskräfte und Mitarbeiter auf der einen Seite und denen vor allem der Krankenkassen und der Eigentümer. Den individuellen Verträgen liegen

nicht selten Muster-Verträge zugrunde[53], die nur bedingt als Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung qualifiziert werden können, die aber genügend Spielraum für die individuelle Ausgestaltung lassen.

Die Tarifverträge lassen im Regelfall einen gewissen Spielraum für eine leistungs-/erfolgsorientierte Bezahlung zu. Die konkrete Honorierung ist dann wie auch der Inhalt des individuellen Vertrages Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen dem Mitarbeiter und seinem Arbeitgeber. Die Gewichte zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind – je nach Arbeitsmarktsituation – nicht immer gleich verteilt. Deshalb kommt es darauf an, dass sich der Tarifvertrag und die daraus abgeleitete Honorierung eines Arbeitnehmers und das Ergebnis der individuellen Vertragsgestaltung mit guten Gründen verteidigen und gegenüber dem Vertragspartner begründen lassen.

Personalführung

Von zentraler Bedeutung für die Sicherung einer dauerhaften Orientierung des Handelns in Krankenhäusern an den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung ist die Personalführung. Sie ist auf das Beeinflussen des Verhaltens der Verantwortungsträger ausgerichtet. Sie fördert auf diesem Weg die Sensibilisierung der Verantwortungsträger für sozial verantwortliches Handeln und deren Bereitschaft, sich mit dem neuen Management-Konzept zu identifizieren und entsprechend den einschlägigen Normen handeln zu wollen. Insofern befriedigt die verantwortungsvolle Ausübung der Mitarbeiter-Führung nicht nur Mitarbeiter-Bedürfnisse; verantwortungsvolle Mitarbeiter-Führung trägt mittelbar dazu bei, dass auch die Bedürfnisse anderer Stakeholder bei Entscheidungen der Adressaten der Personalführung im Sinne der Goldenen Regel berücksichtigt werden.

Anforderungen an die Personalführung stellen sich zwecks Realisierung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung in vier Dimensionen eines Führungskonzepts:

Erstens ergibt sich die Notwendigkeit einer Personalführung im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung aus dem Umstand, dass die Führungskraft ihre Mitarbeiter immer noch nicht selten als „Produktionsfaktor Arbeit“ sieht, der zwecks Erreichen der Unternehmensziele instrumentalisiert wird. Die Mitarbeiter dagegen haben eigene Bedürfnisse, deren Befriedigung mit dem Verfolgen der Unternehmensziele und der Ziele der Führungskraft sowie mit der Befriedigung anderer Stakeholder-Bedürfnisse in Einklang gebracht werden müssen.

53 Siehe zum Beispiel die Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag, herausgegeben durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Zu fordern ist deshalb, dass ein Führungskonzept praktiziert wird, das

- Leitungsaufgaben einschließlich der Befugnis, Leitungsentscheidungen zu fällen und das Ergebnis anderen zur Ausführung anzuweisen, möglichst weitgehend den unteren Leitungsebenen zuordnet,
- einen – wo immer dieses möglich ist – als partizipativ bezeichneten Führungsstil vorsieht, bei dem der Entscheidungsprozess durch Mitarbeiter geprägt wird (Tannenbaum; Schmidt, S. 96), und das
- von den Führungskräften verlangt, Anweisungen nicht mehr nur aus der Positionsautorität abzuleiten, sondern argumentativ zu begründen (Wittmann, S. 192).

Zweitens ist als Basis der für Krankenhäuser spezifischen Teamarbeit (Wahren, S. 164) zu fordern:

- die Förderung eines offenen, vertrauensbasierten und respektvollen Klimas,
- das Fordern und das Fördern des auf Respekt beruhenden Umgangs der Berufsgruppen miteinander,
- das Bewusstmachen und der Abbau von Spannungen, die durch soziale Konflikte entstehen,
- der Schutz der Gruppenmitglieder vor persönlichen Angriffen,
- die Förderung einer ausgewogenen Kommunikation,
- die Überwachung der Einhaltung von Vertrauens- und Kommunikationsregeln und
- der Einbezug von Außenseitern.

Drittens ist darüber hinaus zu fordern, dass Führungsinstrumente eingesetzt werden, die geeignet sind,

- die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Sicherheit, Wertschätzung, Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung (Staehle, S. 853) zu befriedigen (= Führen mit Zielvereinbarungen) und
- ein Führungsverständnis zu fördern, das auf eine andere Art der Autoritätsausübung durch die Führungskräfte angelegt ist – diese vereinbaren Ziele, richten Kommunikationsstrukturen ein, strukturieren Kommunikationsprozesse, kommentieren die Qualität der Arbeit, initiieren Veränderungen der Prozesse und managen Konflikte (= Mitarbeiterorientierungsgespräch) (Grossmann; Zepke, S. 84ff.).

Für das Zusammenwirken einer großen Zahl von Menschen (Führungskräfte und Mitarbeiter) in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Krankenhaus bedarf es **viertens** spezifischer, auf die Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten und der Mitarbeiter ausgerichteter Führungsgrundsätze (Naegler et al., S. 275 und die dort genannte Literatur; Kreikebaum, S. 250ff.), wie zum Beispiel:

- Sozial verantwortetes Führen fördert die Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld zwischen subjektivem Wohlbefinden und öffentlicher Wohlfahrt.
- Sozial verantwortetes Führen fordert die Auseinandersetzung mit der Begrenztheit der Ressourcen.

- Sozial verantwortetes Führen respektiert, dass Mitarbeiter
  - loyal gegenüber Patienten sind und
  - im Interesse der Patienten handeln.
- Sozial verantwortetes Führen akzeptiert, dass Gesundheit ein individuelles Gut ist und dass es der Beitrag des Krankenhauses ist, dem Patienten die Möglichkeit zur Ausübung seiner Autonomie zu erhalten oder wieder herzustellen[54] (Wallner, S. 93f.).
- Mit dem Recht, über die Arbeitskraft zu verfügen, erwirbt der Unternehmer in keiner Weise auch das Recht, im Rahmen bestehender Gesetze oder Verträge beliebig über sie zu verfügen.
- Der Führungsinteraktion liegt personale Autorität zugrunde.
- Die Menschenwürde ist zu respektieren.
- Der Mitarbeiter hat Anspruch auf Solidarität.
- Was auch immer erkannt wird, wird auf die Weise des Erkennenden erkannt.
- Sozial verantwortetes Führen
  - impliziert das Erkennen und Vermeiden von Kommunikationsstörungen,
  - geschieht in prinzipiell reversibler Kommunikation,
  - akzeptiert das Gewissensurteil des Geführten,
  - begünstigt die Identifikation mit dem Unternehmen,
  - respektiert fremde Würde und Freiheit und
  - setzt entwickelte Konfliktfähigkeit des Führenden voraus.

Wenn Personalführung auf die skizzierte Weise praktiziert wird, werden mehrere der Grundpostulate eingehalten: Es werden die Interessen der betroffenen Mitarbeiter berücksichtigt. Die Führung erfolgt auf der Grundlage einer argumentativen, dialogischen Verständigung. Die Mündigkeit der Mitarbeiter wird gefördert. Moralische Prinzipien werden beachtet. Die Führungskraft begründet ihre Führungsmaßnahmen.

6.4.4 Die Organisation der Leitungstätigkeit

Einführung

Das Krankenhaus bedarf einer Unternehmensorganisation, die sozial verantwortliches Handeln fördert. Organisationale Barrieren, die der Wahrnehmung von Verantwortung im Wege stehen, werden abgebaut (Göbel 2006, S. 234); deren Entstehen wird verhindert. Von zentraler Bedeutung, weil sie der Rahmen ist für das Realisieren des Controllings und der Personalarbeit, ist in diesem Zusammenhang die Organisation der Leitungstätigkeit.

In diesem Zusammenhang sind drei Gestaltungs-Bereiche zu unterscheiden (s. Abb. 35):

1. Als Erstes stellt sich die Frage, wie die aufbauorganisatorische Grundstruktur des Krankenhauses beschaffen sein muss. Diese ist der Rahmen für das Realisieren der Leitungstätigkeit und stellt den Spielraum für sozial verantwortliches Handeln zur Verfügung.
2. Der Gegenstand der weiteren Überlegungen ist die Gliederung des Krankenhauses in Leitungsebenen. Oder anders gefragt: Werden die Aufgaben der Leitung des Krankenhauses vernünftigerweise mehr zentral oder mehr dezentral wahrgenommen? Dieser Frage liegt die Annahme zugrunde, dass flachere Hierarchien sowie dezentrale und überschaubare Leistungsbereiche als Ergebnis der Dezentralisierung der Leitung des Krankenhauses die Wahrnehmung von Verantwortung fördern.
3. Sodann ist zu überlegen, mit wie viel Personen mit welcher Qualifikation die Instanzen, denen die Wahrnehmung der Managementfunktionen übertragen wird, besetzt werden und wie – wenn es mehrere Personen sind – die Zusammenarbeit dieser Personen sowie die Zurechnung und Wahrnehmung von Verantwortung erfolgen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welchen Einfluss die verschiedenen Gestaltungsoptionen auf die Entscheidungs- und Verantwortungsbereiche der Menschen haben, denen Leitungsaufgaben übertragen worden sind.

Die aufbauorganisatorische Grundstruktur des Krankenhauses

a) Charakterisierung

Wenn bisher von Organisation die Rede war, dann war damit die Arbeitsorganisation als Mikro-Struktur des Krankenhauses gemeint. Diese ist im Regelfall so flexibel gestaltet, dass sie als (proaktive) Reaktion auf Veränderungen der Krankenhaus-Umwelt schnell geändert werden kann. Die Makro-Struktur des Unternehmens, dessen aufbauorganisatorische Grundstruktur, ist dagegen für einen Bestand über einen längeren Zeitraum

54 Wenn Gesundheit als öffentliches Gut verstanden wird, dann ist es die Aufgabe des Gesundheitswesens dazu beizutragen, dass eine der Eigenschaften des volkswirtschaftlichen Produktionsfaktors „Humankapital“ – nämlich die Gesundheit – als wichtiger Wettbewerbsfaktor der Gesellschaft im Wirtschaftsprozess gesichert, gesteigert und/oder wieder hergestellt werden kann.

konzipiert – gegebenenfalls auch für die gesamte Zeit der Unternehmens-Existenz.

Ausgehend von den beiden Aufgabenmerkmalen „Verrichtung“ und „Objekt“ werden zwei Grundmodelle der aufbauorganisatorischen Grundstruktur des Krankenhauses, das Verrichtungsmodell und das Objektmodell, unterschieden (Staehle, S. 739f.) (s. Abb. 40, oben und unten); in der Literatur, aber auch in der Praxis genießt in der jüngsten Vergangenheit zusätzlich das Prozessmodell immer größere Aufmerksamkeit (Staehle, S. 749) (s. Abb. 42).

Zu der Strukturierung eines Unternehmens nach dem Verrichtungsmodell (s. Abb. 40, oben) entschließt man sich, weil von der funktionalen Spezialisierung der Mitarbeiter ein hohes Maß an Qualität und Effizienz der Leistungserstellung erwartet wird. In den Kernbereichen der Krankenhäuser unterscheidet man entsprechend diesem Gliederungsmodell die Aufnahme der Patienten,

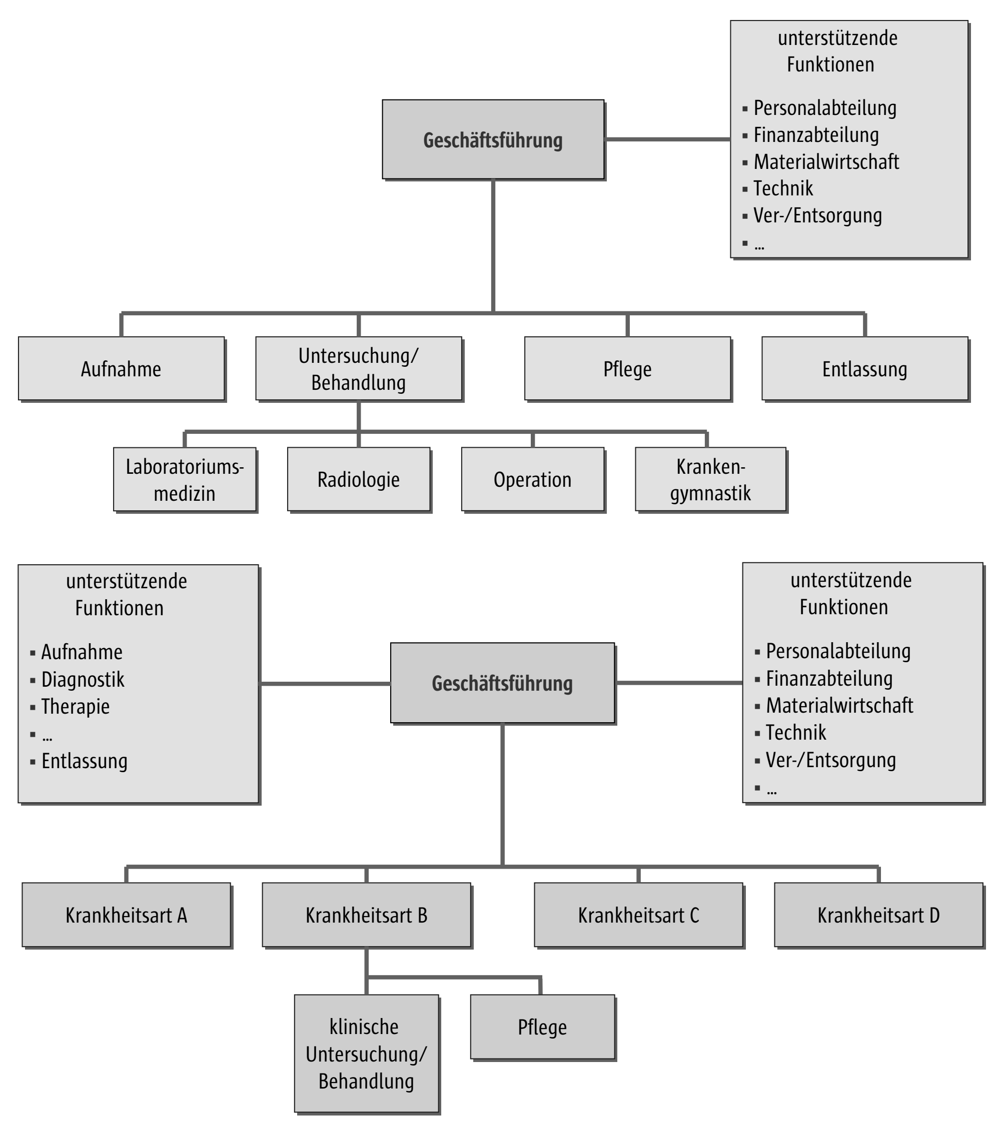


Abb. 40 Grundstruktur des Krankenhauses – Verrichtungsmodell (oben) und Objektmodell (unten)

den Untersuchungs- und Behandlungsbereich, den Pflegebereich und die Entlassung. Bei weiterer Differenzierung zum Beispiel des Untersuchungs- und Behandlungsbereichs, entstehen in der nächsten Ebene Leistungsbereiche der medizinischen Infrastruktur wie die Laboratoriumsmedizin und die Radiologie. Gliedert man den Verwaltungs-, Versorgungs-/Entsorgungs- und Technikbereich entsprechend dem Verrichtungsmodell, dann entstehen Leistungsbereiche der nicht-medizinischen Infrastruktur wie die Personal- und die Finanzabteilung.

Das Objektmodell (s. Abb. 40, unten) wird in Unternehmen mit einem heterogenen Produktionsprogramm bevorzugt, weil man sich von der auf Produkte und/oder Kunden bezogenen Spezialisierung der Mitarbeiter eine hohe Qualität und Effizienz der Leistungserstellung verspricht. Wegen des für Krankenhäuser charakteristischen heterogenen Produktionsprogramms und wegen der auf Krankheitsbilder erfolgten Spezialisierung vor allem der Ärzte sind die Krankenhäuser – was die klinischen Leistungsbereiche anbelangt – herkömmlicherweise in der Leitungsebene, die der Geschäftsführung unmittelbar nachgeordnet ist, anhand des Objektmodells organisiert. In der dann folgenden Leitungsebene und für die diversen unterstützenden Funktionen des medizinischen und nicht-medizinischen Bereichs kommt meist das Verrichtungsmodell zum Zuge.

Die Entwicklung der Medizin und der Medizin-Technik und die daraus folgende Spezialisierung von Ärzten, Krankenpflegekräften und Vertretern diverser paramedizinischer Berufsgruppen haben dazu geführt, dass klinische Leistungsbereiche immer mehr in Sub-Bereiche aufgegliedert worden sind und werden (s. Beispiel 1 und Abb. 41). Die Grundstruktur des Krankenhauses wird immer komplizierter. Es werden Leistungsbereiche geschaffen, die eine kleinere Zahl von Patienten zu behandeln haben und die mit einer immer kleineren Zahl von hochspezialisierten Mitarbeitern ausgestattet sind. Insbesondere die Behandlung multimorbider Patienten kann schon bei der einfachen objektorientierten Gliederung des Krankenhauses zu einem Problem werden (In welche Fach-Abteilung werden die Patienten aufgenommen und wer ist für deren Behandlung verantwortlich?). Die Erweiterung der Organisationsstruktur in Form von Sub-Bereichen verstärkt die Nachteile einer horizontalen Arbeitsteilung.

Beispiel 1 (s. auch Abb. 41)

Das medizinische Fachgebiet „Innere Medizin“ wird zunehmend nicht mehr nur durch eine Fachabteilung „Innere Medizin“ vertreten. Die Spezialisierung, die innerhalb dieses Fachgebietes stattgefunden hat, hat dazu geführt, dass auch schon in mittelgroßen Krankenhäusern das Fachgebiet „Inne-

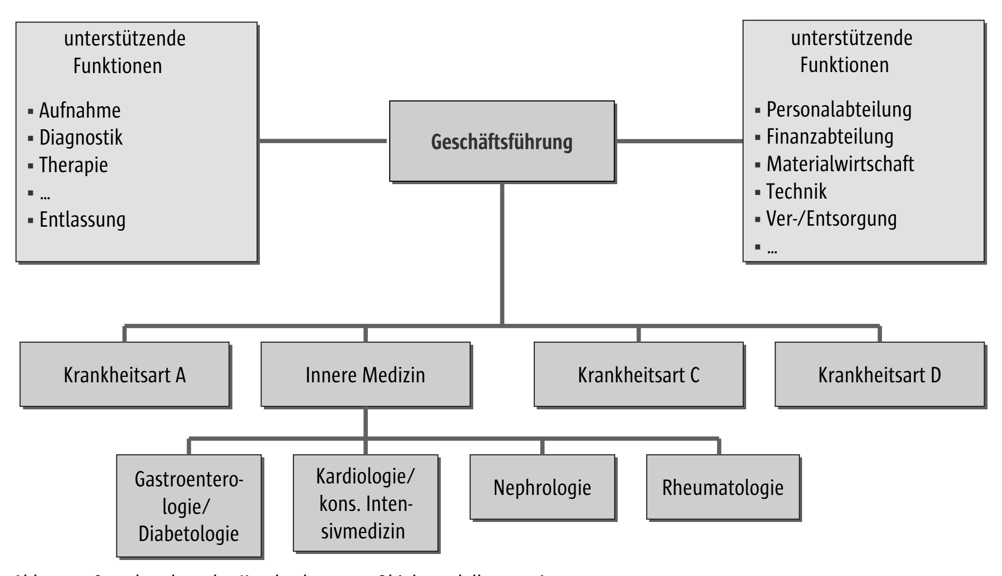


Abb. 41 Grundstruktur des Krankenhauses – Objektmodell – erweitert

re Medizin" durch mehrere Fachabteilungen – wie zum Beispiel durch die Fachabteilungen „Gastroenterologie und Diabetologie", „Kardiologie und konservative Intensivmedizin" sowie „Nephrologie" und „Rheumatologie" – angeboten wird.

Zu der inneren Struktur der Leistungsbereiche: Immer häufiger gehen Krankenhäuser dazu über, die Leistungsbereiche – ob nach dem Verrichtungs- oder nach dem Objektmodell entstanden – als „Profit-Center" einzurichten und diesen eine eigene Ergebnisverantwortung zuzuweisen[55]. Der Leiter eines solchen Leistungsbereichs ist nicht mehr nur für die Patientenbehandlung, sondern auch für das wirtschaftliche Ergebnis seiner Abteilung verantwortlich; er fällt alle dafür einschlägigen Entscheidungen und setzt diese um. Letzteres gilt vor allem für die klinischen Leistungsbereiche (deshalb ist im Rahmen der weiteren Untersuchung nur noch von diesen die Rede).

Einerseits konnte die Qualität der Behandlung in Folge des durch die Spezialisierung ermöglichten Kompetenzzuwachses kontinuierlich verbessert werden. Andererseits hat die Zahl der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen des Krankenhauses zugenommen. Die Koordination der Behandlung insbesondere die der zunehmenden Zahl multimorbider Patienten wird erschwert – mit negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und -effizienz. Hinzu kommt: Die als Konsequenz der Spezialisierung erfolgte Aufteilung vieler Fachabteilungen in Sub-Leistungsbereiche hat dazu geführt, dass die Zahl der Mitarbeiter in den Sub-Leistungsbereichen geringer geworden ist und dass deshalb die Patienten immer häufiger von wechselnden Personen betreut werden; das für die Behandlung notwendige Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten und den Mitgliedern des Behandlungsteams leidet.

Die zuletzt skizzierte Charakterisierung der aufbauorganisatorischen Grundstruktur des Krankenhauses und deren Folgen hat die Entwicklung neuer Gestaltungskonzepte begünstigt. Die an dem Verrichtungsmodell orientierte Grundstruktur wird zunehmend durch eine an dem Prozessmodell ausgerichtete überlagert (s. Abb. 42). Die Grundstruktur des Krankenhauses wird vom Behandlungsergebnis, also von dem Nutzen der Behandlung für den Patienten her gedacht – von dem Produkt ausgehend, das durch das Kranken-

55 Allerdings fehlt diesen Profit-Centren zumindest vorläufig noch ein zentrales Merkmal: Es ist ihnen nicht erlaubt, Leistungen, die sie von einem anderen Leistungsbereich des Krankenhauses beziehen können – wie zum Beispiel Leistungen eines Zentrallaboratoriums –, von einem externen Anbieter einzukaufen, weil diese dort zu geringeren Kosten zu erhalten sind.

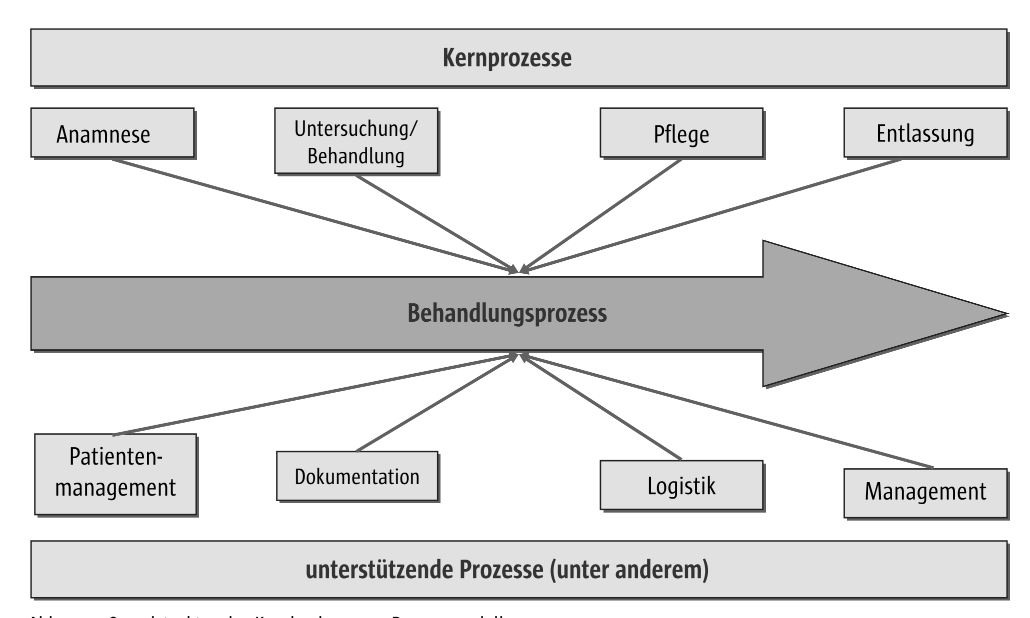


Abb. 42 Grundstruktur des Krankenhauses – Prozessmodell

haus angeboten wird. Alle Prozesse und Aktivitäten werden so konzipiert, dass sie einen maximalen Beitrag zur Realisierung des Behandlungsziels leisten können. Unnütze Maßnahmen werden vermieden.

Dazu gehört es, dass es einen für den Behandlungsprozess und damit auch für einen konkreten Patienten verantwortlichen Mitarbeiter (der Casemanager) gibt. Dieser sorgt dafür, dass die Teil-Prozesse, die einen Beitrag zur Realisierung des Behandlungszieles leisten, von den dafür zuständigen Leistungsbereichen sach- und zeitgerecht realisiert und als Teil-Prozesse in den Behandlungsprozess integriert werden. Der Casemanager hat damit ein hohes Maß an Verantwortung. Im Regelfall deckt sich aber der ihm zugewiesene Entscheidungsspielraum bei weitem nicht mit seinem Verantwortungsbereich. Seine Möglichkeiten, Bedürfnisse der Patienten bei seinen Entscheidungen angemessen zu berücksichtigen, sind damit eher begrenzt.

Ein bestimmendes Merkmal des Prozessmodells – und das ist ein weiterer grundlegender Unterschied zu einem reinen Verrichtungsmodell – ist die Verknüpfung der Teil-Prozesse im Sinne einer Kunden-Lieferanten-Beziehung. Jeder Teilprozess wird abgeschlossen mit einem Ergebnis, über das sich vor dem Start des Teil-Prozesses der Lieferant und der Kunde in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht verständigt hatten (s. Beispiel 2) und das als Input für den nächsten Teilprozess benötigt wird. Die Betrachtung der Schnittstellen zwischen den Arbeitsabläufen erhält ein sehr viel größeres Gewicht. Dem Behandlungsprozess wohnt ein sehr viel höheres Maß an Selbstkontrolle inne (Eichhorn, S. 163).

Beispiel 2

Bevor ein Patient geröntgt werden kann, legt der für die Therapie zuständige Arzt fest, welche Befunde er benötigt, um die Diagnose als Grundlage für die Therapieplanung, diese wiederum basiert auf einem konkreten Behandlungsziel, erarbeiten zu können. Er teilt dieses dem Radiologen mit, der daraufhin die radiologische Untersuchung planen und durchführen kann. Vorher prüft der Radiologe, ob der Auftrag, den er erhalten hat, hinreichend genau beschrieben ist und fordert gegebenenfalls eine Ergänzung/Präzisierung an.

Der für die Therapie zuständige Arzt erhält als Ergebnis des Teil-Prozesses „Röntgen" den Befund und prüft, ob die darin enthaltenen Aussagen geeignet sind, eine valide Diagnose zu erarbeiten. Gegebenenfalls bittet er den Radiologen, seine Aussagen zu präzisieren, was möglicherweise die Wiederholung der radiologischen Untersuchung notwendig macht.

Die skizzierte Kunden- (= der für die Therapie zuständige Arzt)-Lieferanten- (= der Radiologe)-Beziehung ist in einer zunehmenden Zahl von Krankenhäusern Gegenstand eines Geplanten Behandlungspfades. Dieser ist eine multiprofessionelle Arbeitsanweisung (Tecklenburg, S. 303), die den gesamten medizinischen Behandlungsprozess – also nicht nur die stationäre Behandlung – umfasst. Sie gilt nicht nur für den ärztlichen Bereich, sondern auch für alle anderen an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Die Grundstruktur eines Krankenhauses ist gekennzeichnet durch Ziel- und Interessendivergenzen der an dem Behandlungsprozess beteiligten und – dadurch bedingt – durch einen hohen Bedarf an Koordination, um die Handlungen der Verantwortungsträger auf die Realisierung der Unternehmensziele (Staehle, S. 528) und auf die Befriedigung der diversen Stakeholder-Bedürfnisse ausrichten zu können. Dieser Befund gilt unabhängig davon, ob die Grundstruktur eine Kombination aus einem Objektmodell (Ebene der klinischen Abteilungen unterhalb der Geschäftsführung) mit einem Verrichtungsmodell (Ebene unterhalb der klinischen Abteilungen sowie die medizinischen und nicht-medizinischen Support-Abteilungen) oder ob sie an dem prozessorientiertes Modell ausgerichtet ist.

Der Koordinationsbedarf wird verstärkt durch die skizzierte und weiter zunehmende Spezialisierung der Ärzte, der Pflegekräfte und der Vertreter paramedizinischer Berufsgruppen und durch die daraus resultierenden Konsequenzen für die Abteilungsbildung. Eine weiterhin zunehmende Zahl der Grenzen und der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen des Krankenhauses und der Unterbrechungen der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse sind die Folge bei starken Abhängigkeiten zwischen den Abteilungen (Staehle, S. 529).

b) Anforderungen an die Gestaltung

Die organisationalen Barrieren für das Wahrnehmen von Verantwortung sind also hoch. Sie können mit den Mitteln, wie sie für die Abteilungsorganisation beschrieben worden sind,

nicht überwunden werden – zum Beispiel durch die Zusammenfassung einzelner Funktionen zu einem ganzheitlichen Arbeitsprozess; die Vorteile, die durch Spezialisierung erzielt werden können, würden damit aufgegeben werden.

Was also bleibt für die Lösung des skizzierten Problems? Zwei Gestaltungs-Felder bieten sich an (Mintzberg, S. 142ff.; Türk, S. 46 und 127) (s. folgenden Textabschnitt):
1. Standardisierung der Prozesse und
2. Rekrutierung, Aus- und Weiterentwicklung sowie Einsatz der Mitarbeiter

Anforderungen an die aufbauorganisatorische Grundstruktur

Gestaltungs-Felder, Anforderungen an die Gestaltung

Standardisierung der Prozesse
Die Reduzierung des Koordinationsaufwandes mit dem Ziel einer besseren Integration der an der Behandlung eines Patienten beteiligten Abteilungen und damit einer Verbesserungen der Voraussetzungen für das Wahrnehmen von Verantwortung im Sinne der Goldenen Regel kann unter anderem dadurch erreicht werden, dass die Behandlungs- und Supportprozesse mittels Behandlungsempfehlungen, -leitlinien oder -richtlinien standardisiert werden. In den Standards werden jene Maßnahmen festgelegt, die zum Erreichen des Behandlungsziels und unter Berücksichtigung der aktuellen Befindlichkeit des Patienten notwendig sind.

Die Standardisierung der Prozesse und deren Anwendung dienen der Befriedigung diverser Bedürfnisse der Patienten (unter anderem nach Sicherheit und Qualität der Behandlung), der Mitarbeiter (unter anderem nach Sicherheit im Sinne des Bewältigenkönnens der ihnen übertragenen Aufgaben und nach dem Ausfüllen ihrer Agenten-Rolle) sowie der Eigentümer und Krankenkassen (unter anderem nach der Steigerung der Qualität und der Effizienz der Patienten-Behandlung).

Dieses System setzt voraus, dass der Behandlungsprozess in zeitlicher Hinsicht durch eine argumentative, dialogische Verständigung unter allen jenen organisiert wird, die durch Teilleistungen zu der Realisierung des Behandlungszieles beitragen.

Rekrutierung, Aus- und Weiterentwicklung sowie Einsatz der Mitarbeiter
Die Überwindung der skizzierten organisationalen Barrieren kann mit Führungskräften und Mitarbeitern gelingen, die sozial verantwortliches Handeln praktizieren wollen und auch können. Deshalb ist es wichtig, schon bei der Einstellung von Mitarbeitern darauf zu achten, dass diese sich mit dem Konzept des Managements der sozialen Verantwortung identifizieren und erkennen lassen, dass sie dieses in der Praxis umsetzen wollen.

Vorhandene Mitarbeiter, deren Fähigkeiten, die für die Wahrnehmung von Verantwortung essentiell sind, nicht ausreichend ausgeprägt sind, werden durch Aus- und Weiterbildung in die Lage versetzt, soziales Handeln erfolgreich zu realisieren.

Zentralisation versus Dezentralisation von Leitungsaufgaben

a) Charakterisierung
Die Begriffe Zentralisation sowie Dezentralisation werden in der Literatur und in der Praxis unterschiedlich interpretiert. In der vorliegenden Untersuchung werden diese Begriffe wie folgt verwendet:

Leitungsaufgaben können – in vertikaler Richtung verteilt – an der Spitze des Unternehmens zusammengefasst (= Zentralisierung) oder möglichst weitgehend den Leitungsebenen an der Basis des Krankenhauses zugeordnet werden (= Dezentralisierung). Kriterien für die Verteilung der Leitungsaufgaben auf die Leitungsebenen sind unter anderem
- deren Bedeutung für das Realisieren der Unternehmensziele,
- die Art und die Stärke des Einflusses, den die von den Leitungsentscheidungen Betroffenen auf die Durchsetzung ihrer Interessen ausüben können, und deren Verortung auf einer der drei Allokationsebenen,
- die Wichtigkeit der von den Stakeholdern zu erwartenden Beiträge und
- die Qualität des Kontaktes der Verantwortungsträger zu den Adressaten der Verantwortung.

Das richtige Maß an Zentralisierung bzw. Dezentralisierung von Leitungsaufgaben zu finden ist ein kompliziertes und nicht selten ideologisch und emotional besetztes Unterfangen.

b) Anforderungen an die Gestaltung
Mit der kurzen Charakterisierung der Leitungstätigkeit und der Nennung der Kriterien, anhand derer über die Verteilung der Leitungsaufgaben auf Leitungsebenen entschieden wird, ist das Feld identifiziert, innerhalb dessen Maßnahmen so gestaltet werden sollten, dass organisationale Barrieren für das Wahrnehmen von Verantwortung abgebaut werden bzw. nicht entstehen.

Anforderungen an die Gestaltung der Verteilung von Leitungsaufgaben

Gestaltungs-Feld, Anforderungen an die Gestaltung

Leitungsaufgaben dort lokalisieren, wo die für bestimmte Stakeholder relevanten Entscheidungen ... vernünftigerweise gefällt werden
Entscheidungen, bei denen die Anliegen des Krankenhaus-Eigentümers und die der Krankenkassen zu berücksichtigen sind, werden vernünftigerweise der Geschäftsführung zugewiesen – also im Sinne der Zentralisierung der Leitungstätigkeit in der Spitze des Unternehmens zusammengefasst. Der enge Kontakt zwischen den Mitgliedern der Geschäftsführung und dem Eigentümer bzw. den Vertretern der Krankenkassen versetzt die Geschäftsführung am ehesten in die Lage, die Anliegen der genannten Geschäftsführungs-Verantwortungs-Adressaten – auch unter Berücksichtigung der Interessen des Krankenhauses – als Ergebnis eines Dialogs mit den Betroffenen sachgerecht zu bewerten und zu gewichten. Die Geschäftsführung ist damit am besten im Stande, Entscheidungen, bei denen Anliegen des Eigentümers und der Krankenkassen eine Rolle spielen, im Sinne der Goldenen Regel zu fällen.

Der Einfluss der genannten Stakeholder auf das betriebliche Geschehen ist rechtlich, vertraglich und finanziell begründet; sie sind in der Meso- bzw. Makroebene verortet. Deren Einfluss auf das betriebliche Geschehen ist deshalb besonders stark. Die von diesen Stakeholdern zu erwartenden Beiträge für das Krankenhaus sind von großer Wichtigkeit. Auch diese Gründe sprechen dafür, Entscheidungen, bei denen Anliegen des Eigentümers und der Krankenkassen zu berücksichtigen sind, der Geschäftsführung zuzuweisen.

Die Geschäftsführung wird auf Grund ihrer genauen Kenntnis der Eigentümer- und Krankenkassen-Bedürfnisse den Verantwortungsträgern in den ihr nachgeordneten Leitungsebenen vorgeben, mit welchem Gewicht die Eigentümer- und Krankenkassen-Bedürfnisse bei deren Entscheidungen zu berücksichtigen sind. So wird sichergestellt, dass die genannten Anliegen bei Entscheidungen auch in allen anderen Leitungsebenen angemessen berücksichtigt werden können.

Entscheidungen, bei denen die Anliegen der Gesamtheit der Patienten, der einweisenden Ärzte, der Führungskräfte und der Mitarbeiter berücksichtigt werden sollen, werden zweckmäßigerweise der Geschäftsführung zugewiesen. Als Ergebnis einer dialogischen Verständigung mit den Betroffenen und/oder deren Agenten werden deren Anliegen bewertet, gewichtet und im Rahmen von Grundsatz-Entscheidungen berücksichtigt und als Rahmen für die Entscheidungen anderer Verantwortungsträger verbindlich gemacht.

Entscheidungen, bei denen Anliegen einzelner Patienten, einzelner einweisender Ärzte, einzelner Führungskräfte und Mitarbeiter berücksichtigt werden müssen, werden dort gefällt, wo ausreichend Informationen für die Bewertung und Gewichtung dieser Anliegen generiert werden können und wo auf diese Weise sichergestellt werden kann, dass diese Anliegen bei Entscheidungen angemessen berücksichtigt werden können. Das ist in der Regel in den unteren Leitungsebenen der Fall. Hinzu kommt, dass dort die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich mit diesen Anliegen im Detail argumentativ auseinanderzusetzen und sie bei Entscheidungen zu berücksichtigen, stärker ausgeprägt sind als in anderen Leitungsebenen.

Das Zuweisen von Leitungsaufgaben ist Ausdruck des Vertrauens und der Wertschätzung, die die Geschäftsführung den Führungskräften und den Mitarbeitern entgegen bringt. Die Leitungsaufgaben müssen allerdings so gestaltet sein, dass auch das Bedürfnis der Verantwortungsträger nach Sicherheit, nämlich nach Sicherheit der sach- und zeitgerechten Bewältigung der übertragenen Leitungsaufgaben, befriedigt wird.

Organisation der Leitungsorgane

a) Charakterisierung
In dem vorangegangenen Kapitel wurde ausgeführt, welche Leitungsaufgaben welchem Leitungsgremium vernünftigerweise zugewiesen werden. Dabei wurde offen gelassen, wie die Binnenstruktur dieser Instanz beschaffen sein muss, damit diese ihrer Verantwortung im Sinne der Goldenen Regel nachkommen kann, und welche Regeln erforderlich sind, um das Wahrnehmen von Verantwortung sicherstellen zu können. Der Versuch der Beantwortung dieser noch offenen Frage ist Gegenstand der jetzt folgenden Betrachtung.

Die Binnenstruktur der Instanzen in der Spitze des Unternehmens ist durch die Art der in ihnen jeweils wahrzunehmenden Aufgaben und durch deren personelle Besetzung charakterisiert. Aber auch die Anzahl der Leitungsebenen und die Art, wie diese zusammenwirken, spielen bei der gesuchten Antwort auf die oben gestellte Frage eine Rolle (zu den verschiedenen Modellen der Krankenhausleitungsstruktur siehe Schmidt-Rettig, S. 226ff.); deshalb wird der Fokus auch auf diesen Aspekt der Organisation der Leitungsorgane gerichtet sein.

In der Praxis findet man mindestens vier Leitungsebenen vor, nämlich

- die Instanzen des Krankenhaus-Eigentümers(-Trägers) (1. Leitungsebene),

- die Geschäftsführung (2. Leitungsebene),
- die Leitungen der Leistungsbereiche des Krankenhauses (3. Leitungsebene) und
- die diesen nachgeordneten Leistungsbereiche (wie z.B. Stationen – 4. Leitungsebene).

Bei größeren Krankenhaus-Verbünden gibt es zwischen der 1. und der 2. Leitungsebene nicht selten eine Zwischenebene (wie z.B. bei der SANA Kliniken AG). Diese ist meist regional ausgerichtet; sie wird im Zusammenhang mit den weiteren Betrachtungen der 1. Leitungsebene zugeordnet. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die 2. Leitungsebene und auf die Schnittstellen zwischen den beiden obersten Leitungsebenen.

Der 2. Leitungsebene obliegt das Schaffen der Voraussetzungen für das Managen der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse in allen Leistungsbereichen des Krankenhauses. Sie ist für die Realisierung der im Regelfall von der 1. Leitungsebene festgelegten Unternehmensziele verantwortlich und kann zum Beispiel wie folgt organisiert sein:

- Das Krankenhaus wird durch einen Geschäftsführer als allein entscheidende Instanz geleitet; die diesem nachgeordnete Krankenhausleitung (im Regelfall mit dem Ärztlichen Direktor, dem Pflege- und dem Verwaltungsdirektor besetzt) ist ein Beratungsgremium ohne eigene Entscheidungs- und Weisungsbefugnis.
  oder
- Das Krankenhaus wird durch einen Geschäftsführer geleitet. Die diesem nachgeordnete Krankenhausleitung ist ein Kollegialorgan, das mit eigenen Kompetenzen ausgestattet ist. Die Mitglieder des Kollegialorgans fällen entweder alle Entscheidungen gemeinsam, oder jedem Mitglied des Kollegialorgans ist ein eigener Kompetenzbereich mit eigener Zuständigkeit übertragen worden; oder es gibt eine Kombination aus beidem.
  oder
- Es sind jeweils ein Geschäftsführer für a) die klinische Produktion und den Dienstleistungsbereich und b) den kaufmännischen Bereich vorgesehen – gegebenenfalls mit der Verpflichtung, bestimmte Entscheidungen gemeinsam zu fällen.

Wenn mehrere Personen mit der Leitung des Krankenhauses oder Teilen von diesem als Kollektiv beauftragt sind, bedeutet dies, dass die Mitglieder des Kollektivs die Verantwortung für ihr Handeln gemeinsam tragen. Eine solche Regelung birgt die Gefahr in sich, dass die individuelle Verantwortung gemindert wird und sich das einzelne Mitglied des Gremiums zu Lasten des Gremiums oder einzelner seiner Mitglieder von Verantwortung entlasten kann (Küpper, S. 194). Das gilt für das Eintreten müssen für die Folgen sowohl des eigenen Handelns als auch für die der Mitarbeiter.

Die Leitungsarbeit in einem Krankenhaus ist geprägt durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. So sind die Instanzen, die Leitungsaufgaben wahrzunehmen haben, nicht selten durch mehrere Personen mit unterschiedlicher Qualifikation, also zum Beispiel mit einem Arzt, einer Krankenpflegekraft und einem Kaufmann besetzt. Dies gilt nicht nur für die Geschäftsführung, sondern gelegentlich auch für die Leitung der dieser nachgeordneten Organisationseinheiten[56]. Die Mitglieder der genannten Kollegien vertreten mitunter sehr unterschiedliche, berufsgruppenspezifische Interessen; ein fairer Interessenausgleich durch Bildung einer kollektiven Präferenzordnung aus den individuellen Präferenzordnungen ist ein außerordentlich schwieriger Weg (Küpper, S. 108ff. und die dort angegebene Literatur). Es gelingt deshalb im Regelfall auch nicht, ein gemeinsames Zielsystem zu entwickeln, das im Entscheidungsprozess für das Generieren von Lösungsalternativen und deren Bewertung benötigt wird.

Die Kompetenzverteilung zwischen der 1. und der 2. Leitungsebene ist oft unscharf. Die Ursachen dafür sind das Fehlen einschlägiger Kenntnisse bei den Mitgliedern der 1. Leitungsebene für die Notwendigkeit einer eindeutigen Kompetenzverteilung und die oft unzureichend entwickelte Sensibilität für die Folgen dieses Defizits. Zu den Ursachen des Defizits zählt schließlich die Art der Entwicklung der Kompetenzverteilung, nämlich ohne Beteiligung der Mitglieder der 2. Leitungsebene. Die Konsequenz dieser unklaren Zuständigkeiten ist eine – in Abhängigkeit von der Art der Persönlichkeit der Mitglieder der 2. Leitungsebene mehr oder weniger große – „gefühlte" Ein-

56 Die Leitung des Klinikums der Charité – Universitätsmedizin Berlin zum Beispiel besteht aus dem Klinikumsdirektor, dem Ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin. Die Leitung der 17 Charité-Centren wird jeweils von einem Ärztlichen bzw. Wissenschaftlichen und einem Kaufmännischen Zentrumsleiter wahrgenommen.

engung des Entscheidungsspielraums der 2. Leitungsebene.

b) Anforderungen an die Gestaltung
Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich als Basis für das Ermöglichen sozial verantwortlichen Handelns vier Gestaltungs-Felder identifizieren:
1. die Verankerung von Verantwortung,
2. der Entscheidungsspielraum für die 2. Leitungsebene,
3. die Zusammenarbeit zwischen der 1. und der 2. Leitungsebene und
4. die Organisation der Interprofessionalität.

Aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung stellen sich an die Organisation der Leitungsorgane folgende Anforderungen.

Anforderungen an die Gestaltung der Organisation der Leitungsorgane

Gestaltungs-Feld, Anforderungen an die Gestaltung

Verankerung von Verantwortung
Die zuständigen Gremien der 1. Leitungsebene sind gehalten, in Abstimmung mit der Geschäftsführung ein Regelsystem zu entwickeln und zu implementieren, mit dessen Hilfe die Wahrnehmung von Verantwortung – auch die Verantwortung durch Kollektive – im Unternehmensalltag verankert wird. Das Regelsystem zielt darauf ab, dass die Akteure des Krankenhauses, denen Verantwortung zugeschrieben wird, diese akzeptieren, internalisieren und praktizieren. Es präsentiert sich in mehreren (alternativen) Dimensionen (Küpper, S. 200ff.):
- Mit der Wahl der Rechtsform des Unternehmens wird die Verantwortung von Leitenden Mitarbeitern des Krankenhauses konkretisiert. Es werden die Rechtsfolgen für das nicht sach- und zeitgerechte Wahrnehmen der Verantwortung begründet.
- Grundsätze der Unternehmensführung legen fest, welcher Akteur welche Art von Verantwortung darüber hinaus trägt.
- In der Unternehmensverfassung werden die Konsequenzen festgelegt, die – zusätzlich zu den Rechtsfolgen – mit der Wahrnehmung oder der Verletzung von Verantwortung verbunden sind.
- In der Organisation des Krankenhauses wird der Grundsatz der Kongruenz von Entscheidungskompetenz und Verantwortung zum Ausdruck gebracht.
- Führungskräfte können über Führungsprinzipien und Führungsstil bei ihren Mitarbeitern das Bewusstsein und die Bereitschaft für die Übernahme von Verantwortung fördern.
- Für den Fall kollektiver Verantwortlichkeit empfiehlt es sich, Entscheidungen einstimmig fällen zu lassen (was nicht verhindern kann, dass sich das eine oder andere Mitglied des Kollektivs von der Verantwortung freizusprechen versucht), Abstimmungen tunlichst nicht geheim vornehmen zu lassen und Entscheidungsprozesse einschließlich des Abstimmungsverhaltens jedes Mitgliedes des Kollektivs möglichst detailliert zu dokumentieren.
- Vor allem empfiehlt es sich, einem Kollektiv der 1. und/oder 2. Leitungsebene nur jene Leitungsaufgaben zuzuweisen, die essentiell sind für die Existenz und den Betrieb des Krankenhauses.

Die Wirksamkeit dieser Regeln kann dadurch sichergestellt werden, dass die Regeln
- unter Beachtung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung entwickelt und implementiert,
- durch Anreize – positiver wie negativer Art – ergänzt und dass sie
- von Mitgliedern der 1. Leitungsebene und der Geschäftsführung konsequent vorgelebt werden.

Das Bedürfnis der Führungskräfte und der Mitarbeiter nach Wertschätzung und nach Sicherheit – die genannten Stakeholder sind sicher, dass sie dem zu erwartenden Maß an Verantwortung gerecht werden können – wird dadurch befriedigt. Die Fähigkeit sowohl der Mitglieder der Krankenhaus-Träger-Gremien, der Geschäftsführung als auch der Führungskräfte und der Mitarbeiter zur argumentativen, dialogischen Verständigung wird gestärkt und die Mündigkeit der genannten Stakeholder gefördert – beides unabdingbare Voraussetzungen für die Sensibilisierung der gesamten Belegschaft für die Ideen des Managements der sozialen Verantwortung und deren Realisierung.

Entscheidungsspielraum für die 2. Leitungsebene
Es entspricht der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung, wenn Entscheidungsspielräume geschaffen werden, die der Befriedigung der Bedürfnisse der Führungskräfte in der 2. Leitungsebene nach persönlicher Entfaltung, nach Selbstständigkeit und nach Wertschätzung dienen. Die Kompetenzzuordnung sollte so erfolgen, dass daraus ein möglichst hohes Maß an Vertrauen, das den Mitgliedern der 2. Leitungsebene durch den Eigentümer/Träger geschenkt wird, deutlich wird.

Um in diesem Sinne dauerhaft wirksam werden zu können, ist der Entscheidungsspielraum das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen den Vertretern der 1. und 2. Leitungsebene. Als Ergebnis dieses Dialogs sind die Kompetenzen für die beiden Leitungsebenen in der Satzung des Krankenhauses und in Stellenbeschreibung(en) für die Geschäftsführung so beschrieben, dass Fehldeutungen möglichst vermieden werden können.

Die Festlegung einer eindeutigen Verteilung der Leitungskompetenzen auf die beiden obersten Leitungsebenen ist die eine Seite der Medaille. Die gewünschte Wirkung wird allerdings nur dann eintreten, wenn die vereinbarte Verteilung auch respektiert wird. Es ist deshalb zu fordern, dass die für das Krankenhaus zuständige Instanz des Krankenhaus-Eigentümers(-Trägers) nur die Aufgaben wahrnimmt, die ihr durch die Satzung oder ähnliche Dokumente zugeschrieben worden sind; sie versucht auch nicht, informell auf Entscheidungen der 2. Leitungsebene Einfluss zu nehmen. Die Vertreter der 2. Leitungsebene werden nicht versuchen, sich durch „Rückdelegation" von Kompetenzen von Verantwortung zu entlasten.

Zusammenarbeit zwischen der 1. und der 2. Leitungsebene

Verantwortliches Handeln der Geschäftsführung in der 2. Leitungsebene wird gefördert, wenn dieses möglichst frühzeitig im Sinne einer argumentativen, dialogischen Verständigung in die durch systematische Stakeholder-Analysen vorbereiteten unternehmerischen Entscheidungen der 1. Leitungsebene einbezogen wird. Die Vertreter der 2. Leitungsebene erhalten damit die Möglichkeit, als Agenten vieler von diesen Entscheidungen Betroffener deren Anliegen geltend zu machen.

Dieses setzt ein hohes Maß an Sachkunde methodischer Art bei den Entscheidungsträgern in der 1. Leitungsebene voraus. Sie müssen in der Lage und bereit sein, diesen Dialog zu führen. Der Krankenhaus-Eigentümer wird deshalb aufgefordert, in die Professionalisierung der Entscheidungsträger in der 1. Leitungsebene zu investieren.

Organisation der Interprofessionalität

Es ist zu fordern, dass Führungskonzepte entwickelt und implementiert werden, die dem Abbau der Spannungen zwischen den Berufsgruppen Rechnung tragen. Einzelheiten dazu siehe Kapitel 4.2.8, Notwendigkeit, Interprofessionalität zu organisieren und Kapitel 6.4.2, Personalarbeit.

6.5 Die betriebliche Leitungsentscheidung als wertende Parteinahme

6.5.1 Einführung

Für das Ermöglichen und Realisieren sozial verantwortlichen Handelns kommt es nicht nur darauf an, wie die verschiedenen Komponenten der Leitungsstruktur eines Unternehmens gestaltet sind. Maßgeblichen Einfluss darauf, ob überhaupt und in welchem Maße die betriebliche Leitungstätigkeit den – möglicherweise antinomischen oder konkurrierenden – Anliegen der Stakeholder Rechnung trägt, hängt auch davon ab, wie der durch die organisatorische Grundstruktur des Krankenhauses gesetzte Rahmen genutzt wird, und somit von der Art und Weise, wie der Prozess der betrieblichen Leitungsentscheidung organisiert ist – das heißt vor allem, wer mit welchem Beitrag an dem Zustandekommen einer Entscheidung mit welcher Verbindlichkeit beteiligt ist.

Um den Zusammenhang zwischen Entscheidung und verantwortlichem Handeln analysieren und daraus Gestaltungsempfehlungen ableiten zu können, bedarf es zunächst einer Verständigung darüber, was unter einer betrieblichen Leitungsentscheidung verstanden werden soll und in welchen Ebenen und Phasen der Entscheidungsprozess realisiert wird (s. Kap. 6.5.2). Die Gestaltung des Entscheidungsprozesses im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung (s. Kap. 6.5.4) ist abhängig von der Art der jeweils zu fällenden betrieblichen Leitungsentscheidung, die deshalb zunächst betrachtet werden muss (s. Kap. 6.5.3).

6.5.2 Begriff, Phasen und Ebenen betrieblicher Leitungsentscheidungen

Begriff

Eine Entscheidung wird immer dann notwendig, wenn ein für einen Aufgabenbereich Verantwortlicher oder ein Dritter mit dem derzeitigen und/oder mit dem zukünftig zu erwartenden betrieblichen Geschehen nicht zufrieden und der Meinung ist, dass sich mit Hilfe bestimmter Handlungen, die als Ergebnis der zu fällenden Entscheidung realisiert werden, eine Verbesserung der Situation erreichen lässt. Die Mangelempfindung bewirkt, dass der für den betroffenen Aufgabenbereich Verantwortliche den Prozess der Problemlösung initiiert oder dass der Dritte den Verantwortlichen zu der Lösung des Problems veranlasst.

Der Entscheidungsträger muss zu einem Entschluss kommen, obwohl sein Wissen möglicherweise unvollständig ist und die ihm zur Verfügung stehenden Daten unsicher sind; die Konsequenzen seines Handelns kann er nicht eindeutig und nicht mit Sicherheit voraussehen. Es gilt deshalb, mit den dafür zur Verfügung stehenden Instrumenten die Art und den Grad an Unsicherheit und die Wirkungen von Chancen und Risiken zu untersuchen; die Ergebnisse werden mit Zielvor-

stellungen unterschiedlicher Risikobereitschaft verknüpft (Küpper, S. 193).

Das Risiko unerwünschter Handlungsfolgen trägt der Entscheidende in vielen Fällen nicht allein – indem ihm zum Beispiel die vereinbarte Prämie wegen Nichterfüllens der vereinbarten Ziele nicht ausgezahlt wird –, sondern vielfach auch der von der Entscheidung Betroffene. Letzteres gilt vor allem für den Patienten, dessen Gesundheit in Folge einer Fehlentscheidung des behandelnden Arztes nicht wieder hergestellt werden konnte, oder für den Eigentümer des Krankenhauses, der wegen Managementfehler seine Renditeerwartungen nach unten korrigieren muss.

Betriebliche Leitungsentscheidungen zeichnen sich durch ihre auf das Unternehmen und dessen relevante Umwelt begrenzte Wirkung aus sowie durch die Weisungsbefugnis, mit der der Entscheidungsträger ausgestattet ist. Betriebliche Leitungsentscheidungen werden in allen Leitungsebenen des Krankenhauses gefällt. Sie differieren hinsichtlich der unterschiedlichen Reichweite und des unterschiedlichen Gewichts ihrer Wirkung. Sie heben sich voneinander durch den Entscheidungsspielraum ab, der den Entscheidungsträgern in den einzelnen Leitungsebenen in ungleichem Maß zur Verfügung steht.

Vor allem als Folge zunehmender Spezialisierungen nimmt der Anteil betrieblicher Leitungsentscheidungen zu, bei denen die Verantwortung für das Ergebnis einer Entscheidung einer Person und die Verantwortung für das Umsetzen des Entscheidungsergebnisses einer zweiten Person zugeschrieben sind. Beide Personen können ihre Verantwortung für das Nicht-Erreichen des gesteckten Zieles auf die jeweils andere Person abschieben mit dem Hinweis, sie habe nur eine Anordnung ausgeführt (die ausführende Person) bzw. sie habe sich auf die richtige Durchführung der Anordnung verlassen müssen (die entscheidende Person). Die Gefahr des Nicht-Erreichens des Zieles ist systemimmanent erzeugt und gleichzeitig systemimmanent nicht zurechenbar (Beck, S. 104).

Beispiel

Der einen Patienten behandelnde Arzt legt fest, welche Maßnahmen der Behandlungspflege durchgeführt werden sollen; er ordnet diese Maßnahmen einer Pflegekraft zur Durchführung an. Die Pflegekraft setzt das Ergebnis der Entscheidung um.

Der Arzt ist verantwortlich für die Festlegung der richtigen Therapiemaßnahmen und dafür, dass er die Durchführung der Maßnahmen einer dafür ausreichend qualifizierten Pflegekraft angeordnet hat. Die Pflegekraft ist für die sach- und zeitgemäße Realisierung der Maßnahmen verantwortlich.

Wenn das Behandlungsziel nicht erreicht wird, werden der Arzt und die Pflegekraft die Ursachen dafür gegebenenfalls bei dem jeweils anderen Mitglied des Behandlungsteams vermuten und die Verantwortung für den Misserfolg ablehnen.

Ebenen

Das Fällen betrieblicher Leitungsentscheidungen ist ein außerordentlich komplexer Prozess, dessen Teil-Prozesse sich – zumindest gedanklich – drei Ebenen zuordnen lassen (s. Abb. 43). Diese Ebenen werden an dieser Stelle zunächst nur skizziert; eine detaillierte Beschreibung erfolgt nach diesem Überblick im Zusammenhang mit der Präsentation der Entscheidungs-Phasen im nächsten Kapitel.

1. In der Ebene 1 wird entschieden, welche Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit – z.B. die Planung des Personalbedarfs – realisiert werden soll.
2. Diese Festlegung löst in der Ebene 2 einen Entscheidungsprozess aus, mit dessen Hilfe das Ergebnis der Teilfunktion betrieblicher Leitungstätigkeit – z.B. der Personalbedarf – ermittelt wird.
3. Der Entscheidungsprozess besteht aus mehreren Teil-Prozessen, die in der Ebene 3 jeweils spezifische Vor-Entscheidungen fordern – z.B. darüber, welche Stakeholder mit welchem Gewicht bei der Ermittlung des Personalbedarfs – berücksichtigt werden sollen.

Phasen

Die Entscheidung besteht in der Festlegung des einzuschlagenden Lösungsweges (= Entscheidung im engeren Sinne) sowie in deren Vorbereitung. Mit der Entscheidung wird ein bestimmter zukünftiger Zustand vor einem anderen Zustand bevorzugt.

Vier Phasen des Entscheidungsprozesses lassen sich unterscheiden (s. Abb. 43, Ebene 2):

1. Feststellung und genaue Beschreibung des zu lösenden Problems,

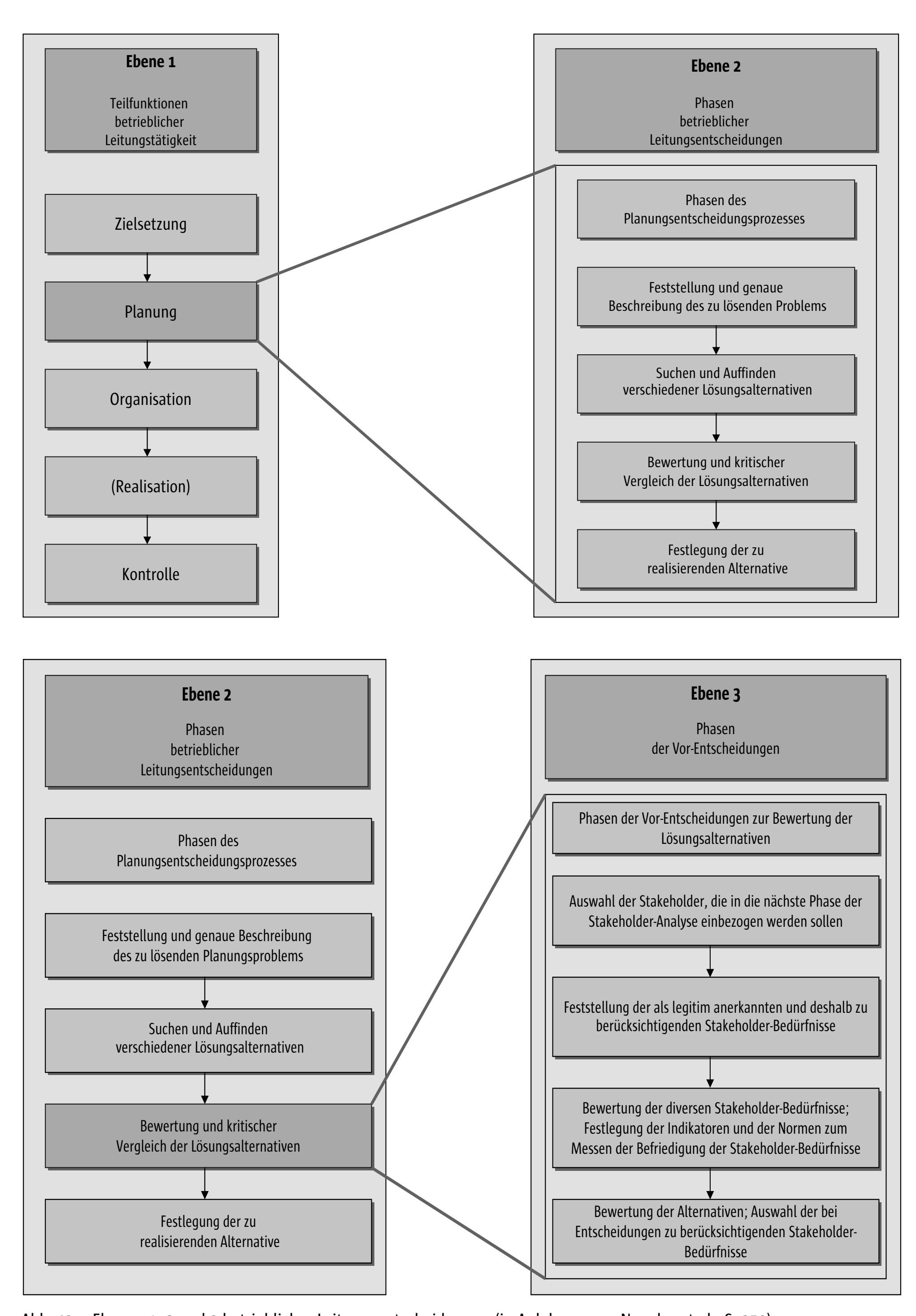


Abb. 43 Ebenen 1, 2 und 3 betrieblicher Leitungsentscheidungen (in Anlehnung an Naegler et al., S. 250)

2. Suchen und Auffinden verschiedener Lösungsalternativen,
3. Bewertung und kritischer Vergleich der Lösungsalternativen und
4. Festlegung der zu realisierenden Alternative.

Der Phase 4 des Entscheidungsprozesses schließt sich das Umsetzen des Ergebnisses der Entscheidung und dessen Evaluierung an.

Kennzeichnendes Merkmal der Entscheidung ist also die Existenz mehrerer Alternativen, zwischen denen eine Wahl getroffen wird. Dabei werden der Verzicht auf die Einbeziehung einer bestimmten Alternative in die Phasen 3 und 4 oder auf eine Lösung des Problems überhaupt schon als Alternative in dem oben genannten Sinne angesehen. Beide Arten von Verzicht erfordern eine wertende Begründung.

Der Entscheidungsprozess wurde bisher in idealtypischer Betrachtungsweise als ein linearer Vorgang dargestellt, an dessen Ende die Entscheidung i.e.S. gefällt wird, nämlich die Auswahl und die Festlegung des einzuschlagenden Lösungsweges. Tatsächlich ist die Entscheidung ein höchst komplexer Prozess, der von Rückkopplungen und Einzelproblemlösungen überlagert wird. In jeder Phase des Entscheidungsprozesses werden Vor-Entscheidungen gefällt und damit der Input für die nächste Phase des Entscheidungsprozesses festgelegt (s. das Beispiel „Bewertung und kritischer Vergleich der Lösungsalternativen" in Abb. 43, Ebene 2 und 3).

Besonders mit Blick auf das Management der sozialen Verantwortung und die in diesem Zusammenhang zu fällenden Entscheidungen ist diese differenzierte Analyse des Entscheidungsprozesses von Bedeutung. Dabei spielt vor allem die Phase 3 eine zentrale Rolle (s. Abb. 43, Ebene 2 und 3). Die Bewertung und der kritische Vergleich der Lösungsalternativen dienen dann nämlich nicht nur der Feststellung, welchen Beitrag die verschiedenen Lösungsalternativen zum Erreichen der Unternehmensziele leisten. Es gilt auch herauszufinden, welchen Beitrag die verschiedenen Alternativen zur Befriedigung der Stakeholder-Bedürfnisse leisten. Bei allen betrieblichen Leitungsentscheidungen werden bei der Bewertung der Lösungsalternativen die daraus sich ergebenden Folgen für die Stakeholder daraufhin überprüft, ob diese gerechtfertigt werden können (Küpper, S. 136).

Im Zusammenhang mit der Realisierung der Phase 3 einer Planungsentscheidung und zwecks Berücksichtigung der diversen Stakeholder-Anliegen sind vier für den Planungsprozess spezifische und hier beispielhaft dargestellte Vor-Entscheidungen zu fällen (s. Abb. 43, Ebene 3):

1. Identifizierung der Stakeholder und deren Gewichtung; Auswahl der Stakeholder, die in die nächste Phase der Stakeholder-Analyse einbezogen werden sollen,
2. Feststellung der als legitim anerkannten und deshalb zu berücksichtigenden Stakeholder-Bedürfnisse,
3. Bewertung der diversen Stakeholder-Bedürfnisse; Festlegung der Indikatoren und der Normen zum Messen der Befriedigung der Stakeholder-Bedürfnisse und
4. Bewertung der Alternativen; Auswahl der bei Entscheidungen zu berücksichtigenden Stakeholder-Bedürfnisse.

Möglicherweise muss ein Entscheidungsprozess wiederholt werden, weil der Beitrag des einzuschlagenden Lösungsweges zur Realisierung des Unternehmenszieles, der unter Berücksichtigung der Stakeholder-Anliegen ermittelt worden ist, nicht akzeptiert werden kann. Dann müssen die Gewichte als Basis für die Berücksichtigung der Stakeholder überprüft und gegebenenfalls geändert werden mit dem Ergebnis, dass möglicherweise andere Stakeholder in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Auch die Bewertung der Stakeholder-Bedürfnisse muss hinterfragt und eventuell geändert, damit am Ende eine für das Krankenhaus und die Stakeholder akzeptable Lösung gefunden werden kann.

Die besondere Schwierigkeit der Alternativenbewertung und damit der Entscheidungsfindung ergibt sich aus dem Umstand, dass

1. es in der Praxis sehr häufig gilt, mehrere Ziele bzw. Bedürfnisse zu berücksichtigen, die nicht selten antinomisch sind oder in Konkurrenz zueinander stehen, und
2. die Entscheidungen in Kollektiven gefällt werden, deren Mitglieder unterschiedliche Präferenzordnungen haben und deshalb die Alternativen unterschiedlich bewerten.

Für die Lösung dieses Problems stehen mehrere Ansätze zur Verfügung, die allerdings nicht Gegenstand dieser Untersuchung sein können. Es wird auf die umfangreiche Spezialliteratur verwiesen.

6.5.3 Arten betrieblicher Leitungsentscheidungen

Die betrieblichen Leitungsentscheidungen lassen sich hinsichtlich
1. ihres Zwecks in Zielsetzungsentscheidungen und Zielerreichungs-(= Mittel-)entscheidungen
2. ihres Anlasses in konstitutive Entscheidungen und situative Entscheidungen und hinsichtlich
3. der Entscheidungssituation in innovative Entscheidungen und in Routine-Entscheidungen

unterscheiden.

Jede betriebliche Leitungsentscheidung lässt sich anhand dieser Merkmale charakterisieren. Man kann insofern acht Arten von Entscheidungen unterscheiden. Zum besseren Verständnis der weiteren Ausführungen ist es allerdings ausreichend, nur die Charakteristika der innovativen und der Routine-Entscheidungen kurz vorzustellen: Routineentscheidungen zeichnen sich dadurch aus, dass das zu lösende Problem wohldefiniert ist; es gibt fertige Programme, mit deren Hilfe die Entscheidung vorbereitet und gefällt werden kann. Das Vorbereiten und Fällen innovativer Entscheidungen setzt dagegen voraus, dass vor dem Start des eigentlichen Entscheidungsprozesses mittels aufwändiger Verfahren sowohl die Problembeschreibung als auch das Lösungsprogramm erarbeitet werden. Der Alltag des Krankenhaus-Managements kennt überwiegend die Routine-Entscheidung; deshalb ist nur diese der Gegenstand der weiteren Untersuchung.

Von den bisher skizzierten „echten" Entscheidungen werden habituelles Verhalten und impulsives Verhalten unterschieden. Habituelles Verhalten zeichnet sich dadurch aus, dass der Entscheider auf seine Erfahrungen zurück greift und das in die Praxis umsetzt, was er in ähnlichen Situationen in der Vergangenheit schon immer gemacht hat. Gegebenenfalls wird die Beschreibung des Problems so angepasst, dass eine schon erprobte Lösung angewandt werden kann. Bei impulsivem Verhalten verlässt sich der Entscheidungsträger auf ihm zufällig zugegangene Informationen, um aus ihnen den einzuschlagenden Lösungsweg zu entwickeln.

Bei beiden Arten von „unechter" Entscheidung findet eine systematische Vorbereitung der Entscheidung in den Ebenen 2 und 3 betrieblicher Leitungsentscheidungen (s. Abb. 43) und eine Entscheidung i.e.S., nämlich die Auswahl unter mehreren bewerteten Alternativen, nicht statt. Auch gilt nur für die „echten" Entscheidungen, dass der Entscheidungsprozess einer willentlichen Gestaltung zugänglich ist. Nur im Rahmen eines derart organisierten Entscheidungsprozesses können Stakeholder-Bedürfnisse systematisch in Entscheidungen einbezogen werden – ist also sozial verantwortliches Handeln möglich. Nur diese Art von Entscheidungsprozess ist deshalb Gegenstand der weiteren Betrachtung.

6.5.4 Organisation des Entscheidungsprozesses

Charakterisierung

Ob das Ergebnis einer unternehmerischen Entscheidung in unternehmerisches Handeln mündet, dessen Folgen im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung qualifiziert werden kann, hängt entscheidend davon ab, wie der Prozess des Entscheidens gehandhabt wird. In diesem Zusammenhang stellen sich vor allem drei Fragen:
1. Einerseits hängt das Ergebnis der Entscheidung davon ab, ob die Entscheidung von einer einzelnen Person oder von einem Kollektiv gefällt wird.
2. Wenn mehrere Personen an dem Entscheidungsprozess mitwirken, kommt es darauf an, an welcher Phase der betrieblichen Leitungsentscheidung und an welchen gegebenenfalls notwendigen Vor-Entscheidungen die verschiedenen Personen mit welcher Verbindlichkeit beteiligt werden.
3. Schließlich wird das Ergebnis der Entscheidung dadurch bestimmt, ob die Organisation des Entscheidungsprozesses in Führungsgrundsätzen für alle Entscheidungsträger verbindlich vorgegeben ist oder ob Entscheidungsträger fallweise festlegen dürfen, wen sie an einer Entscheidung auf welche Art und mit welcher Verbindlichkeit beteiligen.

In dem vorliegenden Kapitel wird die Organisation der Routineentscheidung zum Thema gemacht. Gegenstand der Betrachtung ist die Ebene 2 betrieblicher Leitungsentscheidungen.

Wenn an einer Entscheidung – wie für die weitere Betrachtung vorausgesetzt wird – mehrere Personen beteiligt sind, gibt es für deren Zusammenwirken mehrere Möglichkeiten (s. Abb. 44):
1. Es sind mehrere Personen als Kollektiv gemeinsam und gleichberechtigt an einem Ent-

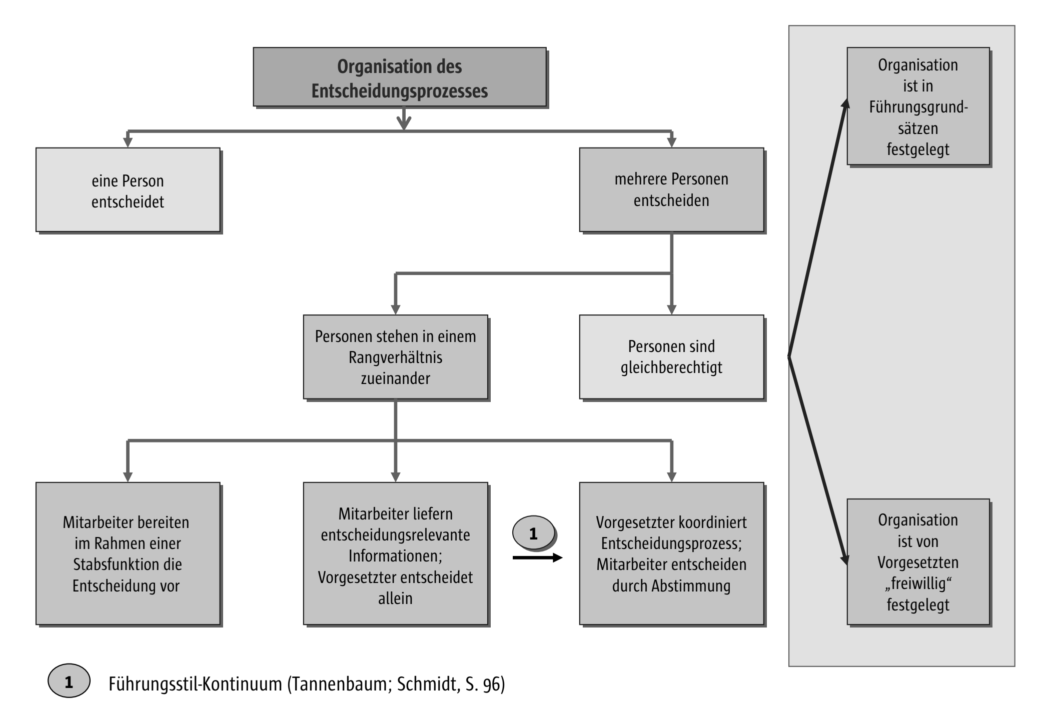


Abb. 44 Organisation des Entscheidungsprozesses

scheidungsprozess beteiligt (als Beispiel wurde das Kollegialorgan „Krankenhausleitung" schon genannt). Die Mitglieder des Kollektivs tragen gemeinsam die mit der Leitungstätigkeit verbundene Verantwortung.
Damit stellt sich ein Gestaltungs-Problem, das eher dem Bereich „Organisation der Leitungsorgane" zugeordnet werden kann: es wird deshalb hier nicht behandelt.

2. Die Leitung einer Organisationseinheit ist einer Person übertragen worden, der mehrere Mitarbeiter zuarbeiten. Die Führungskraft beteiligt ihre Mitarbeiter an den zu fällenden Entscheidungen. Für das Zusammenwirken der Führungskraft mit ihren Mitarbeitern gibt es mehrere Optionen:
   a) Die Führungskraft beteiligt ihre Mitarbeiter als Stabsstelle an den Entscheidungsphasen 2 und 3 zwecks Vorbereitung einer Entscheidung. Die Feststellung und genaue Beschreibung des zu lösenden Problems (Phase 1) sowie die Auswahl des einzuschlagenden Lösungsweges (Phase 4) behält sich die Führungskraft vor. Die Führungskraft beschreibt das Problem und beauftragt die Mitarbeiter mit der Vorbereitung der Entscheidung (= Anordnungsverantwortung). Die Mitarbeiter legen einen begründeten Vorschlag für die Festlegung des einzuschlagenden Lösungsweges vor (= Übernahme- und Durchführungsverantwortung).
   b) Die Führungskraft beteiligt ihre Mitarbeiter an allen Phasen des Entscheidungsprozesses. Auch die Festlegung des einzuschlagenden Lösungsweges erfolgt gemeinsam. Die Art und Weise, wie die Gruppe in den einzelnen Phasen des Entscheidungsprozesses zu den Ergebnissen kommt, die in der jeweils folgenden Phase als Input benötigt wird, sowie die Verteilung der Verantwortung auf die Führungskraft und ihre Mitarbeiter hängen von dem in einem Krankenhaus gepflegten Führungsstil ab: Von der Lieferung der für die Entscheidung notwendigen Informationen durch die Mitarbeiter an den danach alleine entscheidenden Vorgesetzten, der die Gründe seiner Entscheidung seinen Mitarbeitern nicht bekannt gibt, bis hin zu der Koordination des Entscheidungsprozesses durch

den Vorgesetzten und einer Mehrheitsentscheidung durch die Mitarbeiter-Gruppe einschließlich der Führungskraft reichen die Grundformen der Führungsstile (Tannenbaum; Schmidt, S. 96).
Die Art der Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Die Eigenschaften des Vorgesetzten und die seiner Mitarbeiter sowie die Art des zu lösenden Problems und die Bedingungen für die Lösung des Problems (Bühner, S. 198) sind dafür maßgeblich, welcher Führungsstil zum Einsatz kommt und wie der Entscheidungsprozess organisiert wird.

In der Praxis der betrieblichen Leitungstätigkeit kann nicht selten beobachtet werden, dass es – soweit rechtliche Normen dem nicht entgegenstehen[57] – in das Belieben des Vorgesetzten gestellt ist, an welchen Entscheidungen er seine Mitarbeiter in welcher Form beteiligt. In anderen Krankenhäusern gibt es neben den rechtlichen Normen Führungsgrundsätze, in denen die Art der Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen fixiert ist. Wenn Letzteres der Fall ist, wissen die Mitarbeiter, an welchen Entscheidungen sie auf welche Weise beteiligt werden und können die Beteiligung gegebenenfalls einfordern.

Anforderungen an die Gestaltung

Mit der Gestaltung des Entscheidungsprozesses kann das Wirksamwerden des Managements der sozialen Verantwortung auf zwei Ebenen gefördert werden:

- Zunächst geht es um die Beantwortung der Frage, wie der Entscheidungsprozess gestaltet sein muss, um organisationale Barrieren, die das Wahrnehmen von Verantwortung behindern könnten, nicht entstehen zu lassen bzw. abzubauen.
- Mit der Modellierung des Entscheidungsprozesses im Sinne der Goldenen Regel kommt die Geschäftsführung ihrer Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern nach. Sie leistet einen Beitrag zur Befriedigung einer ganzen Reihe von Mitarbeiter-Bedürfnissen und motiviert damit die Mitarbeiter, sozial handeln zu wollen.

Ausgehend von diesen Gestaltungszielen und den verschiedenen Charakteristika des Entscheidungsprozesses lassen sich fünf Gestaltungs-Felder identifizieren (s. folgenden Abschnitt):

1. Entscheidungsspielraum des Verantwortungsträgers,
2. Beteiligung der Mitarbeiter als Stabsstelle an Entscheidungsprozessen,
3. Beteiligung der Mitarbeiter an allen Phasen des Entscheidungsprozesses,
4. Beteiligung anderer Stakeholder an Entscheidungsprozessen und
5. Behandlung des mit einer Entscheidung verbundenen Risikos (Küpper, S. 193).

Anforderungen an die Organisation des Entscheidungsprozesses

Gestaltungs-Feld, Anforderungen an die Gestaltung

Entscheidungsspielraum des Verantwortungsträgers
Der Verantwortungsträger kann sozial verantwortlich handeln und die Verantwortung für die Folgen einer Entscheidung nur dann übernehmen, wenn die in Kapitel. 5.3.2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind: Der Entscheidungsspielraum ist eindeutig festgelegt und mit dem Verantwortungsspielraum deckungsgleich; die Chancen für die Realisierung verantwortlichen Handelns liegen innerhalb des Entscheidungsspielraums.

Der Entscheidungsspielraum ist ein Indikator für die Realisierung sozialer Verantwortung im Sinne von Mitarbeiterorientierung:

- Der Entscheidungsspielraum ist das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung.
- In der Gestaltung des Entscheidungsspielraums kommt zum Ausdruck, inwieweit das Bedürfnis der Verantwortungsträger, denen die Entscheidungs-Befugnis übertragen worden ist, nach Selbstständigkeit und Selbstentfaltung befriedigt werden soll. In dem Ausmaß des Entscheidungsspielraums wird schließlich der Grad an Wertschätzung und Vertrauen manifest, die dem Verantwortungsträger entgegengebracht wird.
- Das Bedürfnis der Verantwortungsträger nach Sicherheit wird befriedigt, wenn in Führungsgrundsätzen, in dem Arbeitsvertrag oder einem anderen Dokument der Entscheidungsspielraum eindeutig beschrieben wird.

57 So ist in den verschiedenen Personalvertretungsgesetzen (s. zum Beispiel § 75 Bundespersonalvertretungsgesetz) vorgeschrieben, bei welchen Entscheidungen die Personalvertretung beteiligt (= um Zustimmung gefragt) werden muss oder mitwirken kann (= angehört werden muss).

Damit sich die Übertragung von Entscheidungsbefugnissen in verantwortlichem Handeln niederschlägt, ist von dem Entscheidungsträger zu fordern, dass er den ihm eingeräumten Spielraum verantwortungsvoll nutzt. Die Geschäftsführung unterstützt den Entscheidungsträger dabei durch die Förderung der Fähigkeit zur argumentativen, dialogischen Verständigung und durch die Entwicklung der Entscheidungsträger zu mündigen Mitarbeitern. Sie akzeptiert das Realisieren „unechter" Entscheidungen nur dann, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen dafür nachgewiesen wird.

Beteiligung der Mitarbeiter als Stabsstelle an Entscheidungsprozessen

Hinsichtlich der Zuweisung der Übernahme- und Durchführungsverantwortung an die Mitarbeiter gilt das unter dem ersten Gestaltungs-Feld gesagte analog.

Für die Mitarbeiter ist es ein Zeichen von Wertschätzung und des in sie gesetzte Vertrauens, wenn ihnen die Vorbereitung von Entscheidungen übertragen wird. Im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung ist es, wenn die Führungskraft – ausgehend von einer Empfehlung ihrer Mitarbeiter – die Auswahl des einzuschlagenden Lösungsweges auf der Grundlage einer argumentativen, dialogischen Verständigung mit ihren Mitarbeitern realisiert. Wenn die Führungskraft entgegen der Empfehlung ihrer Mitarbeiter entscheidet, dann begründet sie diese Entscheidung.

Es kommt dem Bedürfnis der Mitarbeiter nach Sicherheit entgegen, wenn in einem Führungskonzept, in dem Arbeitsvertrag oder in einem anderen Dokument die Rolle beschrieben wird, die ihnen im Rahmen des Entscheidungsprozesses zugeschrieben wird. Es sollte nicht im Belieben des Verantwortungsträgers liegen, den Mitarbeitern zum Beispiel nur das Sammeln von Information für die Realisierung der verschiedenen Phasen des Entscheidungsprozesses zu übertragen, während die anspruchsvolleren Arbeiten – wie z.B. die Erarbeitung eines begründeten Entscheidungs-Vorschlages – von ihm selbst durchgeführt werden.

Beteiligung der Mitarbeiter an allen Phasen des Entscheidungsprozesses

Hinsichtlich der Zuweisung der Verantwortung für die Folgen bestimmter Entscheidungen an die Führungskraft und deren Mitarbeiter gilt das unter dem ersten Gestaltungs-Feld gesagte analog.

Für die Mitarbeiter ist es ein Zeichen von Wertschätzung und des in sie gesetzte Vertrauens, wenn sie an dem Fällen von Entscheidungen nicht nur als Stabs-Mitarbeiter, sondern möglichst im Sinne der partizipativen Führung und auf der Grundlage einer argumentativen, dialogischen Verständigung beteiligt werden. Für den Fall, dass Vorgesetzte nach einer Beratung mit ihren Mitarbeitern alleine und gegebenenfalls gegen deren Empfehlung entscheiden, ist von den Vorgesetzten zu fordern, dass sie das Ergebnis ihrer Entscheidung begründen.

Es kommt dem Bedürfnis der Mitarbeiter nach Sicherheit entgegen, wenn in einem Führungskonzept, in dem Arbeitsvertrag oder in einem anderen Dokument festgelegt ist, in welcher Entscheidungssituation sie mit welcher Art von Beteiligung rechnen können.

Wenn die Geschäftsführung die Art der Beteiligung der Mitarbeiter für jeweils bestimmte Entscheidungssituationen in einem Führungskonzept fixieren will, muss sie prüfen, ob die für den in Abhängigkeit von der Entscheidungssituation präferierten Führungsstil notwendigen personellen Voraussetzungen gegeben sind (Bühner, S. 198). Es ist zu fordern – damit ein weitgehend partizipativer Führungsstil praktiziert werden kann –, dass die Führungskraft und/oder die Mitarbeiter gegebenenfalls zu einer einschlägigen Weiterbildung verpflichtet werden.

Beteiligung anderer Stakeholder an Entscheidungsprozessen

Es ist zu fordern zuzulassen, dass die Stakeholder ihre Interessen im Entscheidungsprozess möglichst im Detail vertreten können und dass die dafür erforderlichen personellen Voraussetzungen geschaffen werden. Die Verantwortungsträger verpflichten sich,

- die Folgen ihrer Entscheidungen explizit daraufhin zu überprüfen, ob sie im Sinne der Goldenen Regel gerechtfertigt werden können,
- den Stakeholdern zu ermöglichen, ihre Interessen im Entscheidungsprozess persönlich oder durch Vertreter wahrzunehmen und
- ihre Entscheidungen gegenüber den Stakeholdern zu begründen.

Behandlung des mit einer Entscheidung verbundenen Risikos

Entscheidungen werden nicht selten angesichts unvollkommener Informationen und unsicherer Erwartungen über künftige Entwicklungen gefällt. Sie sind mit dem Risiko behaftet, dass das Ziel, das verfolgt wird, nicht oder nur mit einem geringeren Erfüllungsgrad erreicht wird. Es stellt sich deshalb die Frage, wer das Risiko des Verfehlens der gesteckten Ziele in welchem Ausmaß trägt. Die Beantwortung dieser Frage ist umso schwieriger dann, wenn die Entscheidung im Kollektiv gefällt wird.

Die Risikobereitschaft derjenigen, denen das Fällen einer Entscheidung übertragen worden ist, ist unterschiedlich ausgeprägt und kommt sehr häufig nicht explizit zum Ausdruck. Bei der Bewertung der durch die Entscheidung ausgelösten Wirkungen durch den Entscheidungsträger spielt sie jedoch eine zentrale Rolle. Dieser Einfluss ist

umso größer, je höher das zu erwartende Risiko bei ungeklärter Risikoverteilung ist.

Es ist nicht nur das Bedürfnis der Führungskräfte und der Mitarbeiter nach Sicherheit, das die Geschäftsführung veranlasst festzulegen, wer welches Maß an Risiko trägt. Diese Festlegung ist auch im Interesse des Krankenhauses, weil ohne diese Klärung entweder Entscheidungsträger allzu hohe Risiken eingehen oder Entscheidungen möglicherweise nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung, eventuell überhaupt nicht gefällt werden.

Die Festlegung der Risikoverteilung ist schließlich auch im Interesse der Stakeholder. Für den Fall, dass Bedürfnisse von Stakeholdern nicht befriedigt werden, weil sie entweder bei Entscheidungen nicht berücksichtigt wurden oder eine Entscheidung nicht die gewünschten Folgen zeitigt, muss der Stakeholder wissen, wen er – wenn er das Risiko nicht tragen muss – zur Deckung der nicht erwünschten Folgen in Anspruch nehmen kann.

Das Risiko für die Stakeholder, unerwünschte Handlungsfolgen tragen zu müssen, kann minimiert werden, indem die Geschäftsführung den Handlungsspielraum der Entscheidungsträger gegebenenfalls einschränkt. Es ist zu fordern, dass für die Behandlung von Patienten medizinische Standards verbindlich vorgegeben werden, die in Abhängigkeit von bestimmten Faktoren den Charakter von Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien haben.

7 Die Unterstützung der Verantwortungsträger bei der Wahrnehmung von Verantwortung

7.1 Sollen, Wollen und Können als Voraussetzung für das Wahrnehmen von Verantwortung

Die Geschäftsführung muss drei Funktionen erfüllen, damit das Management der sozialen Verantwortung dauerhaft und erfolgreich in allen Bereichen des Krankenhauses praktiziert werden kann (Göbel 2006, S. 187f.):

1. Sie muss allen Führungskräften und Mitarbeitern mitteilen, was sie von diesen erwartet.
2. Die Mitglieder der Organisation Krankenhaus müssen davon überzeugt werden, dass sie das, was von ihnen erwartet wird, auch realisieren wollen.
3. Die Mitglieder der Organisation Krankenhaus müssen nicht nur wollen, sie müssen auch fähig sein oder dazu befähigt werden, entsprechend den Erwartungen der Geschäftsführung zu handeln.

Die Maßnahmen, mit deren Hilfe die genannten Funktionen realisiert werden können, sind Gegenstand dieses Buch-Abschnitts. Sie sind im Überblick in der Tabelle 16 dargestellt – mit Hinweis auf das Kapitel, in dem die Maßnahmen im Detail erörtert werden.

7.2 Unterstützung des Sollens

7.2.1 Einführung

Von den Wirkungen eines Unternehmensleitbildes

Das Unternehmensleitbild ist eine Selbstverpflichtung des Krankenhauses und aller Verantwortungsträger in diesem. Mit ihm legen sich diese auf das Einhalten bestimmter Werte und auf ein bestimmtes Verhalten gegenüber ihren Stakeholdern fest.

Die Wirkung eines Unternehmensleitbildes als Selbstverpflichtung im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung und auf den Grad der Realisierung der Unternehmensziele ist in der Praxis und in der Literatur umstritten (Gabele; Kretschmer, S. 13ff.; Sobhani, S. 48ff.). Auffällig ist, dass sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema in Grenzen hält, sodass auch nicht so recht deutlich wird, womit die ausgeprägten Bedenken der Gegner von Unternehmensleitbildern begründet werden.

Die Akzeptanz eines Unternehmensleitbildes ist immer dann unbefriedigend, wenn dessen Entwicklung und Implementierung nicht von der

Tab. 16 Ziele und Maßnahmen für die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung

Ziele	Maßnahmen	Kapitel
Die Führungskräfte und Mitarbeiter müssen wissen, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind.	Diese Zielvorstellungen und damit die aus den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung abgeleiteten Normen werden im Regelfall zum Gegenstand eines Unternehmensleitbildes[1].	7.2.
Die Mitglieder der Organisation Krankenhaus müssen davon überzeugt sein, dass es für das Krankenhaus, für die in ihm aktiven Verantwortungsträger und für die Stakeholder des Krankenhauses gleichermaßen von Nutzen ist, wenn sie die Normen des Unternehmensleitbildes bei allen ihren Entscheidungen und Handlungen anwenden.	Dieses Ziel kann mit Hilfe von vier Maßnahmen erreicht werden:	
	■ Die Überzeugungsarbeit beginnt mit der Gestaltung des Prozesses, der die Formulierung und die Implementierung des Unternehmensleitbildes zum Gegenstand hat.	7.2
	■ Bei der Besetzung vakanter Stellen wird darauf geachtet, dass nur noch Menschen engagiert werden, die glaubhaft machen können, dass sie sich mit den Inhalten des Unternehmensleitbildes und damit mit den Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung identifizieren und diese beachten werden (Personalbeschaffung).	7.3
	■ Wenn Verantwortungsträger des Krankenhauses das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung nicht akzeptieren (= Wollen-Defizit), wird die notwendige Überzeugungsarbeit mittels des Einsatzes spezifischer Instrumente der Personalentwicklung geleistet; das Ziel dieser Maßnahme ist, die Einstellung des Verantwortungsträgers den Anforderungen anzupassen (Personalentwicklung I).	7.3
	■ Um eventuell existierende Wollen-Defizite überwinden zu können, werden alternativ zu der Personalentwicklung I oder diese ergänzend geeignete Instrumente der Personalführung realisiert (Personalführung).	7.3
Die Mitglieder der Organisation Krankenhaus müssen sozial verantwortliches Handeln realisieren können.	Die Organisationsmitglieder bedürfen dazu sowohl der persönlichen Befähigung wie auch der institutionellen Unterstützung.	7.4
	■ Für den Fall einer Differenz zwischen den Anforderungen fachlicher, methodischer und sozialer Art, die sich aus der Erwartung, sozial verantwortlich zu handeln, ergeben, und den einschlägigen Fähigkeiten der Mitarbeiter (= Fähigkeits-Defizit) werden spezifische Maßnahmen der Personalentwicklung eingesetzt, um die Fähigkeitslücke schließen zu können (Personalentwicklung II).	
	■ Es bedarf zum anderen der organisatorischen Unterstützung der Verantwortungsträger.	

1 Anstelle des Begriffes „Unternehmensleitbild" (synonym wird immer wieder auch der Begriff „Unternehmensgrundsätze" verwendet) findet man in der Literatur und in der Praxis immer wieder auch den Begriff „Kodex". In der vorliegenden Untersuchung wird der Begriff „Unternehmensleitbild" verwendet, wenn es sich um ein Dokument handelt, das im Unternehmen und für das Unternehmen entwickelt worden ist. Der Begriff „Kodex" wird verwendet, wenn Gegenstand dieses Dokuments Verhaltensgrundsätze sind, die außerhalb des Unternehmens entwickelt worden sind und mehr allgemeingültigen Charakter haben (Göbel 1992, S. 120). Zu den zuletzt genannten Dokumenten gehört zum Beispiel das Davoser Manifest.

Geschäftsführung initiiert und getragen wird. Die Geschäftsführung persönlich muss den Verantwortungsträgern vermitteln, dass die Orientierung allen Handelns an den Normen des Unternehmensleitbildes von zentraler Bedeutung für die Existenz sowie für den erfolgreichen Betrieb des Unternehmens und für seine Stakeholder von Nutzen ist. Sie muss dieses durch eigenes Handeln vorleben. Ansonsten spielt ein Unternehmensleitbild im Unternehmensalltag sehr bald keine Rolle mehr.

Möglicherweise ist die Skepsis gegenüber einem Unternehmensleitbild der Art seiner Entwicklung und Implementierung geschuldet. Nicht selten werden Unternehmensberater damit beauftragt, ein Unternehmensleitbild zu er-

arbeiten. Dieses entsteht dann am Schreibtisch des Beraters – gelegentlich durch die Übernahme von Texten aus für andere Unternehmen entwickelten Unternehmensleitbildern – und wird als fertiges Produkt – meist auf kostbarem Papier gedruckt – der Geschäftsführung überreicht. Möglicherweise ist es aber auch der tägliche Umgang mit dem Unternehmensleitbild, das bestenfalls von einigen Führungskräften und Mitarbeitern einmal gelesen worden ist und danach ignoriert wird.

Vielleicht sind es aber auch die Unsicherheiten hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung von Unternehmensleitbildern, die die Reserviertheit diesen gegenüber begründen. So gehen die Auffassungen, wie konkret die Aussagen des Unternehmensleitbildes sein sollen, weit auseinander. Einerseits wird eine möglichst konkrete Norm für eine bestimmte Handlung gefordert, weil dann die Gefahr gering sei, dass die Norm in Bezug auf das zu Veranlassende fehlinterpretiert wird. Zum anderen wird gegen den hohen Konkretisierungsgrad eingewandt, dass die Norm dann nur zufällig auf eine bestimmte Entscheidungssituation anwendbar sei. Eine mehr vage formulierte Norm werde dagegen gerne ignoriert mit dem Hinweis, dass sie im konkreten Einzelfall wenig hilfreich sei.

Die Akzeptanz und die Wirkung eines Unternehmensleitbildes hängen auch davon ab, wie gut dieses auf die aktuellen kulturellen Bedingungen der Leitungsarbeit abgestimmt ist (Kreikebaum, S. 285). Wenn die Leitsätze des Unternehmensleitbildes mit den gelebten Unternehmensgrundsätzen korrespondieren und diese gegebenenfalls so weiter entwickelt werden, dass sie sich nicht allzu weit von der bestehenden Praxis entfernen, kann mit einer guten Akzeptanz gerechnet werden.

Trotz der immer noch weit verbreiteten Skepsis nimmt die Zahl der Krankenhäuser zu, die ein Unternehmensleitbild eingeführt haben oder dieses zu tun beabsichtigen. Dieses hängt wohl vor allem damit zusammen, dass man sich damit die Unterstützung verspricht beim Ausgleich zwischen den Interessen des Unternehmens und den Individualinteressen diverser Stakeholder (Kreikebaum, S. 61). Es wird als eine Voraussetzung dafür gesehen, dass die Verantwortungsträger trotz unterschiedlicher Interessen und eventueller persönlicher Animositäten im Sinne der Realisierung der Unternehmensziele zusammenwirken.

Das Ziel eines Unternehmensleitbildes ist, für das Unternehmen Werte zu definieren, die die Führungskräfte und die Mitarbeiter sowie andere Stakeholder zu teilen und zu leben gewillt sind (Sobhani, S. 53). Es sollen Regeln entwickelt werden für den äußerst komplizierten Umgang des Unternehmens mit den verschiedenen Stakeholdern, die an der Existenz und an dem Erfolg des Unternehmens interessiert sind.

Das Unternehmensleitbild enthält allerdings nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten für die Führungskräfte und die Mitarbeiter (Kreikebaum, S. 81). Schließlich sind diese nicht nur Stakeholder mit Bedürfnissen, für deren Befriedigung mit dem Unternehmensleitbild die Grundlage geschaffen wird. Sie sind auch Verantwortungsträger und in dieser Funktion dem Krankenhaus zu bestimmten Handlungen und zur Übernahme von Verantwortung verpflichtet. Insofern ist das Unternehmensleitbild in einem multipersonal und arbeitsteilig organisierten Unternehmen ein Instrument, mit dessen Hilfe die Handlungen der vielen Verantwortungsträger auf das gemeinsame Unternehmensziel ausgerichtet werden können.

Nachstehend soll der Versuch gemacht werden zu zeigen, wie ein Unternehmensleitbild mit Erfolg entwickelt und eingeführt und wie dieses anschließend gelebt werden und als Basis für verantwortliches Handeln dienen kann. Dabei ist es für die Akzeptanz des Unternehmensleitbildes durch die Führungskräfte und die Mitarbeiter des Krankenhauses von zentraler Bedeutung, wie der Prozess der Entwicklung und Einführung dieses Dokuments gestaltet wird.

Weil auch in diesem Zusammenhang Entscheidungen getroffen werden, die von sozialer Verantwortung getragen werden sollten, kann auch dieser Prozess als Training für den Umgang mit dem Konzept des Managements der sozialen Verantwortung genutzt werden. Diese Auffassung wird durch Berichte aus der Praxis gestützt (Gabele; Kretschmer, S. 93). Letztere kommen gelegentlich zu dem Ergebnis, in dem Formulierungsprozess sei der Hauptnutzen des Unternehmensleitbildes zu sehen.

Das Unternehmensleitbild kann es nicht von der Stange geben. Es muss unter Berücksichtigung der personellen, kulturellen und strukturellen Besonderheiten eines Krankenhauses entwickelt werden. Das Beispiel in Kapitel 7.2.2, Beispiel eines Unternehmensleitbildes, darf deshalb auch nur als Anschauungsmaterial, als Hilfestellung für das Erarbeiten eines individuellen Unternehmensleitbildes verstanden werden. Eine andere Bedeutung sollte ihm nicht zugeschrieben

Tab. 17 Anforderungen an die Gestaltung eines Unternehmensleitbildes

1	Das Unternehmensleitbild ist – was seine Entwicklung und Implementierung als auch die dauerhafte Orientierung des täglichen Handelns an ihm anbelangt – „Chefsache“.
2	Das Unternehmensleitbild ist das Ergebnis einer dialogischen Verständigung der Geschäftsführung des Krankenhauses mit allen Personen und/oder Institutionen, die von Entscheidungen, die auf der Basis dieses Leitbildes gefällt werden, eventuell betroffen sein werden.
3	Einen einheitlichen Informationsgrad über den Prozess des Unternehmensleitbildes haben alle Beteiligte und Betroffene nur dann, wenn dieser Prozess schriftlich dokumentiert wird. Dieses ist auch insofern wichtig, um Gerüchte und damit die Behinderung der Entwicklung des Unternehmensleitbildes vermeiden zu können.
4	Die Formulierungen des Unternehmensleitbildes müssen so einfach und eindeutig sein, dass diese auch ohne zusätzliche Erläuterungen verstanden werden können.
5	Unternehmensleitlinien werden in das Unternehmensleitbild nur dann aufgenommen, wenn sichergestellt ist, dass diese auch umgesetzt werden können. Die möglichst rasche Umsetzung auch schon einzelner Elemente des Unternehmensleitbildes hilft, dessen Akzeptanz zu sichern.
6	Sofern der Anlass für die Entwicklung und Implementierung eines Unternehmensleitbildes ein konkreter Konflikt war, sollte das Leitbild möglichst so formuliert werden, dass ähnliche Konflikte künftig aufgefangen werden können.
7	Sofern Leitbilder schon existieren – gemeint sind damit z.B. auch Führungsgrundsätze –, ist auf inhaltliche Konsistenz mit diesen zu achten. Dieses kann auch dazu führen, dass bestehende Leitbilder überarbeitet werden.

werden, weil sonst die Gefahr groß ist, dass der von der Anwendung des Unternehmensleitbildes erhoffte Nutzen ausbleibt.

Die bisherigen Ausführungen werden in der nachstehenden Tabelle 17 als Checkliste zusammen gefasst und ergänzt (Kreikebaum, S. 247).

Mission, Vision und Unternehmensleitbild

Die Frage nach den Inhalten des für ein Krankenhaus geeigneten Unternehmensleitbildes lässt sich erst dann beantworten, wenn für das Krankenhaus festgelegt worden ist, welchen Auftrag dieses zu erfüllen hat und auf welchen gesellschaftlichen Zweck hin dessen Existenz ausgerichtet ist (Sobhani, S. 47) (s. Abb. 45):

- Die Mission des Krankenhauses ist Gegenstand eines Versorgungsvertrages, der zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern abgeschlossen wird. Er ist gegebenenfalls krankenhausintern zu detaillieren und um spezifische Arbeitsschwerpunkte für einzelne Leistungsbereiche zu ergänzen.
  Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 ist den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, mit den Krankenkassen und anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems Verträge abzuschließen, um sektorübergreifend Leistungen über die gesamte Versorgungskette hinweg – von der Vorsorge, der ambulanten über die stationäre medizinischen Versorgung bis hin zur Rehabilitation und der ambulanten und stationären Pflege – anzubieten. Dieses bedeutet für die Krankenhäuser, dass sie bei der Entwicklung ihrer Mission immer die gesamte Versorgungskette im Blick haben – unabhängig davon, welches Leistungsspektrum sie künftig abdecken wollen.
- Eine weitere Voraussetzung für die Entwicklung eines Unternehmensleitbildes ist die – möglichst Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Leistungsbereiche übergreifend erarbeitete – Vision, also ein Bild, das den Führungskräften sowie den Mitarbeitern eine realistische, glaubwürdige und attraktive Zukunft vermittelt (Eichhorn, S. 136). Wichtig dabei sind zwei Blickrichtungen: Zum einen legen die Geschäftsführung, die Führungskräfte und die Mitarbeiter gemeinsam fest, welche Rolle das Krankenhaus aus ihrer Sicht künftig auf dem Krankenhaus„markt“ spielen soll (s. Beispiel 1) und welche Ressourcen dafür bereit gestellt werden sollen. Zum anderen überlegen sich die Mitglieder der Organisation Krankenhaus, wie die für sie relevanten Stakeholder ihr Krankenhaus – also von au-

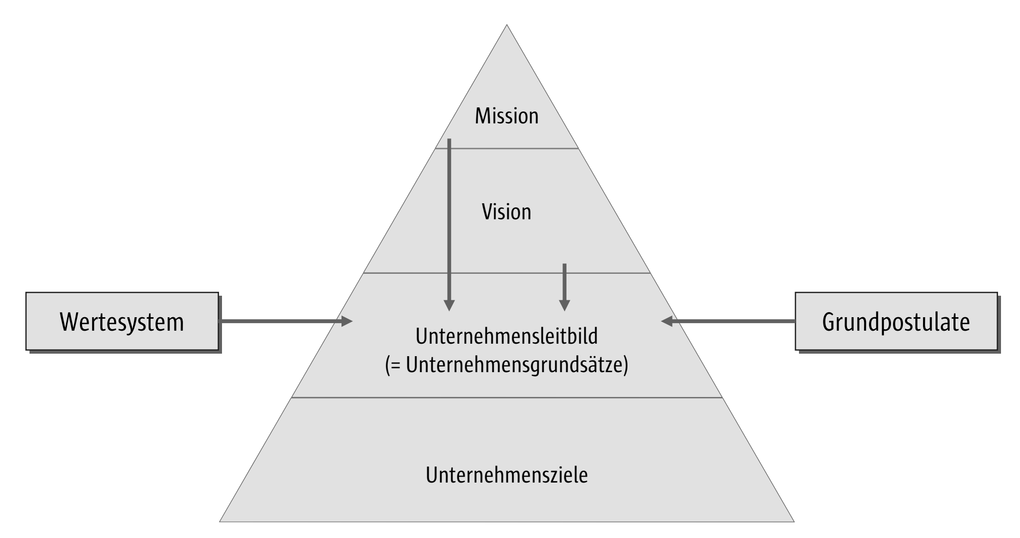


Abb. 45 Entwicklung der Unternehmensziele aus der Mission des Krankenhauses

ßen – künftig sehen sollen, was Dritte über das Krankenhaus wissen müssen (von Eiff; Stachel, S. 33) (s. Beispiel 2).

Beispiel 1

Die Krankenkassen und das Krankenhaus vereinbaren, dass das Krankenhaus Leistungen der vollständigen Versorgungskette, also Leistungen der Vorsorge, der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung, der Rehabilitation sowie der stationären und der ambulanten Pflege, für eine Region oder überregional für jeweils bestimmte Krankheitsarten anbietet (= Mission). Das Krankenhaus verpflichtet sich, für die Menschen in einem eindeutig umschriebenen Marktsegment medizinische Leistungen mit hoher Behandlungs- und Servicequalität und einem optimalen Preis-Leistungs-Verhältnis zu erbringen (= Element der Vision).

Beispiel 2

Das Krankenhaus möchte erreichen, auf dem Arbeitsmarkt von potenziellen Mitarbeitern als „Magnet-Hospital“ gesehen zu werden – also als Arbeitgeber, den man auch in schwierigen Zeiten anderen Arbeitsgebern bevorzugt und dem man sich gerne über eine längere Zeitspanne hinweg verpflichten will (= Element der Vision). Es entwickelt die dafür notwendigen Alleinstellungsmerkmale, die insbesondere in attraktiven Arbeitsbedingungen bestehen; zu diesen zählen nicht nur eine angemessene Entlohnung der Mitarbeiter und sozial verträgliche Arbeitszeiten, sondern vor allem auch ein zeitgemäßes Führungskonzept, (s. Naegler et al., S. 143f. und 270ff.).

- Die Steuerung des Umgangs der Führungskräfte und der Mitarbeiter untereinander als auch des Verhaltens der Institution Krankenhaus sowie der Führungskräfte und der Mitarbeiter gegenüber Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten, Lieferanten und anderen Stakeholdern erfolgt mit Hilfe eines Katalogs von Werten und mit Hilfe von Grundpostulaten (s. Beispiel 3). Diese sind Vorstellungen, die von den Verantwortungsträgern z.B. Ideen und Beziehungen als wünschens- und erstrebenswert beigelegt werden. Die Werte und Grundpostulate werden mit den Aussagen über die Mission und die Vision verknüpft und in dem Unternehmensleitbild zusammengefasst.

Beispiel 3

Das Krankenhaus hat sich zu einem „Magnet-Hospital“ entwickelt (= Element der Vision); es zeichnet sich durch in mehrfacher Hinsicht äußerst attraktive Arbeitsbedingungen aus.

Nun ist eine vakante Stelle zu besetzen. Unter den vielen Bewerbern, die sich anlässlich der Stellen-Ausschreibung beworben haben, befindet sich eine größere Zahl von Kandidaten, die die Anforderungen der Stelle voll er-

füllen und die deshalb zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen werden. Nachdem die Entscheidung für einen der Bewerber gefällt worden war und dieser seinen Arbeitsvertrag unterschrieben hat, werden die übrigen der eingeladenen Bewerber – sofern sie dieses wünschen – darüber informiert, warum sie nicht zum Zuge kommen konnten (= Element des Unternehmensleitbildes: Grundpostulat „Begründungpflicht“).

Aus dem Unternehmensleitbild werden die Ziele des Krankenhauses entwickelt. Diese sind Aussagen über erwünschte Zustände in der Zukunft; sie sind die Grundlage für die strategische Planung und die Steuerung des Unternehmens, sie geben als gewissermaßen Leitplanken den Führungskräften und den Mitarbeitern sowie den Leistungsbereichen die Richtung, aber auch die Grenzen für deren Handeln vor. Sie sind Ausdruck der Bedeutung, die die Geschäftsleitung einzelnen Personen und/oder Institutionen zuschreibt, und können damit die Führungskräfte und die Mitarbeiter motivieren.

In dem folgenden Kapitel werden die Inhalte eines krankenhausspezifischen Unternehmensleitbildes dargestellt. Dabei kommt es darauf an zu zeigen, von welcher Art von Inhalten erwartet werden kann, dass sie im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung nachhaltig Wirkung entfalten können. In dem diesen Themenkreis abschließenden Kapitel 7.2.3 wird beschrieben, wie der Prozess der Entwicklung eines krankenhausspezifischen Unternehmensleitbildes unter Berücksichtigung der Grundideen des Managements der sozialen Verantwortung gestaltet werden sollte. Davon hängt es nämlich ab, ob das Unternehmensleitbild ein Lippenbekenntnis bleibt oder ob es in allen Bereichen des Krankenhauses von allen seinen Mitgliedern gelebt wird.

7.2.2 Inhalte des Unternehmensleitbildes

Überblick

Aus der Einführung zu Kapitel 7.2 lassen sich (als Beispiel zu verstehen) vier Kategorien von Aussagen eines Unternehmensleitbildes identifizieren (Gabele; Kretschmer, S. 43):

1. der Unternehmenszweck des Krankenhauses, seine gesellschaftliche Legitimierung und die angestrebte Stellung des Krankenhauses auf dem Gesundheitsmarkt (einschließlich des spezifischen Arbeitsmarkts),
2. das Verhältnis des Krankenhauses zu seinen Stakeholdern,
3. die Einstellung der Führungskräfte und der Mitarbeiter gegenüber den in dem Krankenhaus gelebten Führungsgrundsätzen und
4. die Einstellung der Geschäftsführung zu Risiko, Wachstum und Innovation.

Der Unternehmenszweck

Der institutionelle Sinn des Krankenhauses ist die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen in einem regional oder nach Krankheitsarten definierten Einzugsgebiet. Das Krankenhaus muss danach trachten, seine Existenz langfristig zu sichern, um dem zuerst genannten Auftrag nachkommen zu können. Es muss sicherstellen, dass die für die Leistungserbringung notwendige Zahl von Führungskräften und Mitarbeitern mit der erforderlichen Qualifikation und Motivation zur Verfügung steht.

Das Verhältnis des Krankenhauses zu seinen Stakeholdern

Typische Aussagen eines Unternehmensleitbildes beziehen sich auf den Umgang unter anderem mit:

- den Patienten, deren Angehörigen und den einweisenden Ärzten,
- den Führungskräften und den Mitarbeitern des Krankenhauses (beide Gruppen werden im Zusammenhang mit dem Unternehmensleitbild im Regelfall nicht getrennt behandelt, obwohl sie gelegentlich deutlich unterschiedliche Anliegen haben),
- den Personalvertretungen, die die Interessen der Führungskräfte und der Mitarbeiter gegenüber dem Eigentümer des Krankenhauses und der Geschäftsführung vertreten,
- den Vertretern des Eigentümers und der Krankenkassen,
- den Wettbewerbern,
- den Lieferanten und
- der Öffentlichkeit.

Die Einstellung der Führungskräfte und der Mitarbeiter gegenüber den in dem Krankenhaus gelebten Führungsgrundsätzen

Eine der zentralen Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln ist die Akzeptanz zeitgemäßer Führungsgrundsätze durch die Führungskräfte und Mitarbeiter und deren Umsetzen, Führungsgrundsätze nämlich, die auf der Grundlage eines in den letzten Jahren deutlich veränderten Wertekanons entwickelt worden sind.

Der Begriff „Führung" kann sowohl institutionell als auch personell verstanden werden. Je nachdem, welcher Begriffsinhalt zugrunde gelegt wird, kommt man zu zwei unterschiedlichen Varianten von Führungsgrundsätzen:

1. In Unternehmens-Führungsgrundsätzen – synonym werden die Begriffe „Unternehmensgrundsätze" oder „Unternehmensleitbild" verwendet – werden die strukturellen Voraussetzungen festgelegt, die für den Vollzug der Aufgaben eines Krankenhauses notwendig sind. Dazu gehören zum Beispiel die Bestimmung der Rolle der Führungskräfte sowie die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den Verantwortungsträgern eines Krankenhauses und den Stakeholdern.
2. Im Zentrum von Personal-Führungsgrundsätzen steht die Gestaltung des Verhältnisses zwischen der Führungskraft und deren Mitarbeitern. Es ist die ständige, glaubwürdige, informatorische Verbindung der Mitarbeiter zu den Führungskräften und der Geschäftsführung. Es ist Anstoß und Plattform für einen offenen Dialog (von Eiff; Stachel, S. 33f.).

Unternehmensführung ist – insbesondere in einem arbeitsintensiven Dienstleistungsunternehmen wie in einem Krankenhaus – immer auch Personalführung. Insofern sind die Übergänge von Unternehmens-Führungsgrundsätzen bzw. von einem Unternehmensleitbild zu Personal-Führungsgrundsätzen immer fließend.

In dem Unternehmensleitbild werden die Erwartungen des Krankenhauses bzw. die der Geschäftsführung an die Führungskräfte und an die Mitarbeiter zum Ausdruck gebracht. Die Erwartungen beziehen sich vor allem auf das für das Realisieren der Unternehmensziele erforderliche Verhalten der Führungskräfte und der Mitarbeiter. Elemente von Unternehmensleitbildern sind ferner Aussagen über die strukturellen und kulturellen Bedingungen der Führungsarbeit, also zum Beispiel Aussagen zu der Delegation von Aufgaben durch die Führungskraft an ihre Mitarbeiter.

Von zentraler Bedeutung ist es daher, dass der Prozess der Entwicklung und Implementierung des Unternehmensleitbildes und der darin enthaltenen Personal-Führungsgrundsätze so gestaltet wird, dass mit deren Akzeptanz durch die Führungskräfte und die Mitarbeiter gerechnet werden kann – also auf der Grundlage einer argumentativen, dialogischen und die Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigenden Verständigung zwischen der Geschäftsführung sowie den Führungskräften und Mitarbeitern. Die Forderung, die Führungskräfte und Mitarbeiter an der Entwicklung des Unternehmensleitbildes zu beteiligen, ist eines der wichtigsten Elemente der Personal-Führungsgrundsätze.

Es gibt möglicherweise einen Zusammenhang zwischen der Akzeptanz und dem Umsetzen der Personal-Führungsgrundsätze und dem aktiven Umsetzen des Unternehmensleitbildes. Wenn es in einem Unternehmen Personal-Führungsgrundsätze gibt und diese aktiv gelebt werden, dann wird auch das Unternehmensleitbild von den Führungskräften aktiv vorgelebt (von Eiff; Stachel, S. 278ff.). Umgekehrt: Wenn es Personal-Führungsgrundsätze nicht gibt oder diese von den Führungskräften ignoriert werden, dann hat auch das Unternehmensleitbild keine Chance, dauerhaft wirksam zu werden.

Die Einstellung der Geschäftsführung zu Risiko, Wachstum und Innovation

Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft nimmt seit einigen Jahren deutlich zu. Angesichts dieser Entwicklung ist es nicht verwunderlich, dass immer häufiger die Frage gestellt wird, ob die Gewinnerzielungsabsicht neben dem Prinzip der Daseinsvorsorge Bestandteil des Unternehmensleitbildes eines Krankenhauses sein darf. Die eine Fraktion argumentiert damit, dass es im Wettbewerb um Gesundheitsdienstleistungen ohne den Anreiz für unternehmerische Gewinne herausragende Angebote nicht geben wird. Andere befürchten, dass der Gewinnerzielungsabsicht alle anderen Ziele – insbesondere die der weiteren Steigerung der Behandlungs- und Servicequalität und der Zufriedenheit der Führungskräfte und der Mitarbeiter – untergeordnet werden.

Dieser Diskussion kann die Schärfe genommen werden, wenn die Frage etwas anders gestellt wird: Entscheidend ist dann nicht, ob die Absicht besteht, Gewinne zu erzielen oder nicht. Es fragt sich vielmehr, wie die Gewinne zustande kommen und wie sie verwendet werden. In zunehmendem Maße bekennen sich Krankenhäuser, auch solche in frei-gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, dazu, Gewinne erwirtschaften zu wollen (zu müssen), um sie dann in die Weiterentwicklung der personellen, apparativen und räumlichen Ausstattung des Krankenhauses investieren zu können (siehe die Leitbilder der Paul Gerhardt Diakonie e.V. und der DRK Kliniken Berlin).

Unverkennbar ist das Bemühen vieler Krankenhäuser, ihre Leistungen den Bedürfnissen ihrer Patienten immer besser anzupassen. Neue Versorgungsformen auf der Basis der Integrierten Versorgung und neue Behandlungsmethoden werden entwickelt und eingeführt. Das Ziel der Krankenhäuser ist, ihren Anteil an dem Gesamtumsatz des Gesundheitsmarktes mittels neuer Versorgungsangebote weiter auszubauen; sie begründen dieses Ziel damit, dass nur mit einer ausreichend großen Zahl von Patienten die Nachteile einer zunehmenden Spezialisierung überwunden werden können. Dem Management gut geführter Krankenhäuser ist bewusst, welche Risiken sie damit eingehen und wie diese Risiken kalkuliert und damit beherrschbar gemacht werden können.

Beispiel eines Unternehmensleitbildes

Ausgehend von den Ausführungen in den vorangegangenen Abschnitten und in Anlehnung an eine Reihe von praktischen Beispielen (DRK Kliniken Berlin, Johnson & Johnson GmbH, SANA Kliniken AG, Paul Gerhardt Diakonie e.V. und Wiener Krankenanstaltenverbund) – teilweise mit wörtlichen Übernahmen – könnte das Unternehmensleitbild eines Krankenhauses etwa die in der im Folgenden ausgewiesenen Inhalte haben. Dabei sind in dieses Beispiel nur die Kernaussagen aufgenommen worden. Die als Grundlage für die Entwicklung dieses Beispiels verwendeten Unternehmensleitbilder differenzieren diese Kernaussagen jeweils in mehrere, im Regelfall sehr viel konkrete Leitsätze.

Unternehmensleitbild eines Krankenhauses (Beispiel)

Für wen sind wir da?

Allem voran steht unsere Verantwortung gegenüber allen denen, die bei uns Hilfe suchen. Wir versorgen kranke, hilfs- und pflegebedürftige Menschen und bieten ihnen Rat und Unterstützung an, und zwar unabhängig von ihrer religiösen, politischen und kulturellen Orientierung und unabhängig von ihrem sozialen Status.

Verhältnis zu unseren Patienten, Mitarbeitern und anderen Partnern

Wir achten und schützen die Würde des Menschen. Wir sehen kranke, hilfs- und pflegebedürftige Menschen als Partner und begegnen ihnen mit Wertschätzung. Wir schaffen eine Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit.

Wir beteiligen die Patienten an allen Entscheidungen, die Diagnostik und Therapie betreffend, und binden sie in die Behandlung und Pflege mit ein. Dabei berücksichtigen wir ihre Wünsche und Lebensumstände.

Verantwortung tragen wir auch gegenüber unseren Führungskräften und allen Mitarbeitern. Jeder von ihnen wird als Individuum geachtet, ihre Würde wird respektiert und ihre Verdienste werden anerkannt. Sie können auf die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes vertrauen. Wir unterstützen unsere Mitarbeiter bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gegenüber ihren Familien.

Um unsere Unternehmensziele erreichen zu können, streben wir Partnerschaften aktiv an. Die Prinzipien unserer Partnerschaften lauten: Vertrauen, Zuverlässigkeit, Fairness, Kontinuität und Erfolg für beide Seiten.

Einstellung zu unserem Führungskonzept

Führung beruht auf persönlicher und fachlicher Qualifikation. Wer Führungsaufgaben übernimmt, ist Vorbild und überzeugt seine Mitarbeiter durch Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein.

Die Führungskräfte praktizieren und fördern einen kooperativen Führungsstil. Sie nehmen Vorbild- und Fürsorgefunktion wahr. Die Mitarbeiter bilden eine Dienstgemeinschaft, die auf der Basis gegenseitiger Achtung und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zur Erreichung der Unternehmensziele beiträgt.

Die Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource unseres Unternehmens. Entsprechend ihrer Position und Qualifikation erwarten wir von ihnen Einsatz und stärken ihre Eigenverantwortung.

Einstellung der Geschäftsführung zu Risiko, Wachstum und Innovation

Wir handeln gemeinnützig und wirtschaftlich: In unserem Unternehmen fließen erwirtschaftete Mittel in die Einrichtungen zurück. Sie dienen ausschließlich der Verbesserung der Patientenversorgung, der Sicherung des Unternehmens, dem Erhalt der Arbeitsplätze oder der Erweiterung unseres Entscheidungsspielraumes.

Unser erklärtes Ziel ist es, profitables Wachstum bei gleichzeitiger Qualität in der Medizin, der Pflege und der Organisation zu erreichen. Eine wachstumsorientierte Finanzstrategie ist die Voraussetzung dafür.

7.2.3 Einführung des Unternehmensleitbildes

Überblick

Zu den Elementen eines Unternehmensleitbildes zählen nicht nur dessen Inhalt, sondern vor allem auch die Instrumente, die zu dessen Entstehen beitragen, und die benötigt werden, dieses mit Leben zu füllen. Ohne sie wäre das Unternehmensleitbild ein Stück Papier, von dem die gewünschte Wirkung nicht ausgehen kann.

Die Einführung des Unternehmensleitbildes erfolgt in zwei Stufen (Gabele; Kretschmer, S. 93):
1. Formulierungsprozess und
2. Diffusions- und Umsetzungsprozess.

Formulierungsprozess

Im Zusammenhang mit der Gestaltung des Prozesses der Unternehmensleitbild-Formulierung müssen drei Fragen beantwortet werden:
1. In welchen Phasen vollzieht sich der Formulierungsprozess?
2. Welche Grundpostulate sind es, die die Gestaltung des Formulierungsprozesses leiten?
3. Welche Akteure sind in welcher Funktion an diesem Prozess beteiligt?

a) Phasen des Formulierungsprozesses

Der Formulierungsprozess vollzieht sich im Regelfall in folgenden Phasen (hier folgt ein Überblick – Näheres zu einzelnen Phasen in Abschnitt c):
1. Initiieren des Projektes durch die Geschäftsführung,
2. Einsetzen der Arbeitsgruppe „Unternehmensleitbild“ und Beauftragen eines den Prozess begleitenden externen Beraters durch die Geschäftsführung,
3. Identifizieren der Leitsätze und Erarbeiten eines Rohkonzepts durch die Arbeitsgruppe,
4. Evaluieren des Rohkonzepts durch diverse, auf die Leitsätze bezogene Unter-Arbeitsgruppen,
5. Erarbeiten der endgültigen Fassung,
6. gegebenenfalls Bestätigung durch Instanzen des Krankenhaus-Trägers und Zustimmung/Kenntnisnahme durch die Personalvertretung und
7. Beschlussfassung des Unternehmensleitbildes durch die Geschäftsführung.

b) Die den Formulierungsprozess bestimmenden Grundpostulate

Die Entwicklung eines Unternehmensleitbildes folgt mehreren Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung:
- Zum einen wird die Formulierung auf der Grundlage einer dialogischen Verständigung mit möglichst vielen der davon Betroffenen realisiert.
  Das Einbeziehen möglichst vieler Stakeholder – vor allem, was externe Stakeholder wie Patienten, Krankenkassen, Banken oder Lieferanten anbelangt – stößt in der Praxis nicht selten auf kaum überwindbare organisatorische Hürden. Deshalb sind an der Formulierung des Unternehmensleitbildes meist nur die Geschäftsführung, die Führungskräfte, die Mitarbeiter und deren Vertretungen sowie gelegentlich auch ein Vertreter der Patienten und des Eigentümers beteiligt.
- Für den Formulierungsprozess wird ein Klima geschaffen – das ist vor allem die Aufgabe der Geschäftsführung –, das die Bereitschaft der beteiligten Stakeholder fördert, ihre Positionen unvoreingenommen zu präsentieren.
- Die Geschäftsführung stellt sicher, dass für die Prüfung, welche der moralischen Prinzipien in die Entwicklung des Unternehmensleitbildes einbezogen werden sollen, ausreichend Sachverstand und Zeit durch die an der Formulierung des Unternehmensleitbildes Beteiligten zur Verfügung gestellt wird (werden kann).
- Die Teilnehmer an dem Formulierungsprozess werden verpflichtet, nur solche Positionen in die Diskussion einzubringen, die sie auch begründen können.
- Schließlich erfolgt die Formulierung des Unternehmensleitbildes in einer Weise, dass die

dort zum Ausdruck gebrachten Positionen begründet sind. Wenn das Unternehmensleitbild dadurch zu umfangreich wird und die Gefahr entsteht, dass es deswegen nicht wahrgenommen wird, empfiehlt es sich, die Begründungen in Begleit-Dokumenten festzuhalten.

c) Die an dem Formulierungsprozess beteiligten Akteure und ihre Funktionen[58]

Als Mitglieder der Arbeitsgruppe „Unternehmensleitbild", die eigens für die Formulierung des Unternehmensleitbildes durch die Geschäftsführung installiert und nach dem Abschluss der Arbeiten wieder aufgelöst wird, werden im Regelfall folgende Akteure mit den nachstehend skizzierten Aufgaben berufen (Gabele; Kretschmer, S. 96):

- Die Geschäftsführung initiiert die Entwicklung und die Einführung des Unternehmensleitbildes. Die Initiative zur Entwicklung des Unternehmensleitbildes und die Beteiligung an dem Formulierungsprozess können nicht delegiert werden (von Eiff; Stachel, S. 35); das Projekt „Unternehmensleitbild" ist „Chefsache".
  Die Geschäftsführung beteiligt sich möglichst intensiv an den Formulierungsarbeiten. Dabei reicht es, wenn sie an der Identifizierung der Leitsätze und an der Schlussredaktion teilnimmt; die Formulierungsarbeiten im Detail werden der Arbeitsgruppe übertragen. Für diese Art der Beteiligung sprechen mehrere Gründe:
  - Die Geschäftsführung motiviert – gewissermaßen in ihrer Vorbild-Rolle – die Führungskräfte und die Mitarbeiter, sich an diesem Prozess zu beteiligen. Sie signalisiert Offenheit im Sinne der Förderung der Mündigkeit der Führungskräfte und der Mitarbeiter.
  - Die unternehmenspolitischen Positionen des obersten Managements werden ungefiltert in den Prozess eingeführt.
  - Die Geschäftsführung erfährt direkt von den Erwartungen der Führungskräfte und der Mitarbeiter und kann diese – soweit sie akzeptiert werden können – in den Formulierungsprozess einführen.
  - Sie erfährt auf diese Weise am besten und frühzeitig von eventuellen Umsetzungshindernissen und kann diese beseitigen.
- Die Beteiligung der Führungskräfte und der Mitarbeiter durch jeweils eine begrenzte und dennoch ausreichend große Zahl von Repräsentanten an dem Entwickeln des Unternehmensleitbildes ist aus zwei Gründen erforderlich:
  - Als Stakeholder sind sie gefordert, ihre Bedürfnisse geltend zu machen.
  - Als Verantwortungsträger achten sie darauf, dass in das Unternehmensleitbild nur die Verpflichtungen aufgenommen werden, die sie auch bewältigen können, und dass damit ihrem Bedürfnis nach Sicherheit (im Sinne des Bewältigenkönnens der in das Unternehmensleitbild aufgenommenen Verpflichtungen) entsprochen wird.
- Ein Vertreter der Personalvertretung sollte teilnehmen, damit dieser die Erwartungen der Führungskräfte und Mitarbeiter, die an dem Prozess nicht beteiligt sind, in die Diskussion einbringen kann. Zum anderen ist die Mitarbeit der Personalvertretung insofern zweckmäßig, weil diese möglicherweise gemäß Personalvertretungsgesetz beteiligt werden muss, bevor das Unternehmensleitbild durch die Geschäftsführung in Kraft gesetzt werden kann.
- Ein Ombudsmann bringt die Bedürfnisse der Patienten und der einweisenden Ärzte ein.
- Der Eigentümer wird sich mit seinen Interessen gegebenenfalls durch die Geschäftsführung vertreten lassen.

Der Formulierungsprozess wird im Regelfall durch einen Berater begleitet. Dieser übernimmt zwei Funktionen: Zum einen ist er Moderator des Prozesses und hilft in dieser Funktion, die unterschiedlichen Interessen, die im Rahmen dieses Prozesses zum Ausdruck gebracht werden, so zum Ausgleich zu bringen, dass sich die Leitsätze durch ein möglichst hohes Maß an Konkretheit auszeichnen. Er hilft zum anderen, den ersten Entwurf des Unternehmensleitbildes zu formulieren.

Der erste Entwurf der Unternehmensleitlinien sollte – bevor er einer abschließenden Bearbeitung unterzogen wird – im Sinne der Berücksichtigung der Stakeholder-Interessen einer möglichst gro-

58 Eine empirische Studie von Gabele und Kretschmer zeigt, dass der Formulierungsprozess in den in die Untersuchung einbezogenen Unternehmen höchst unterschiedlich organisiert ist. Es wird vorliegend eine Art Synopse versucht.

ßen Zahl von nicht an der Formulierungsarbeit beteiligten Führungskräften und Mitarbeitern zur Stellungnahme vorgelegt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass alle Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Leistungsbereiche einbezogen werden.

Das dadurch ausgelöste organisatorische Problem lässt sich auf vielfältige Art und Weise lösen. Am ehesten bieten sich Klausurtagungen an, auf denen die Geschäftsführung den ersten Entwurf des Unternehmensleitbildes präsentiert und begründet. In kleineren Unter-Arbeitsgruppen werden jeweils einzelne Kategorien von Aussagen einer kritischen Analyse unterzogen und – so notwendig – korrigiert und/oder ergänzt. Der Berater fasst die Stellungnahmen in einer Überarbeitung des ersten Entwurfes zusammen.

Der Prozess wird abgeschlossen durch einen Beschluss der Geschäftsführung. Zuvor holt diese – wenn notwendig – die förmliche Zustimmung oder die Stellungnahme der Personalvertretung ein. Je nach Unternehmensstruktur und -verfassung wird als Voraussetzung für das Inkrafttreten des Unternehmensleitbildes eventuell die Bestätigung durch das jeweilige Aufsichtsorgan benötigt.

Diffusions- und Umsetzungsprozess

a) Phasen des Diffusions- und Umsetzungsprozesses

Der Diffusions- und Umsetzungsprozess wird zweckmäßigerweise in den folgenden Phasen realisiert (hier folgt ein Überblick – Näheres zu einzelnen Phasen in Abschnitt b):

1. Beteiligung der Stakeholder und der Verantwortungsträger an der Formulierung des Unternehmensleitbildes,
2. Berichte über den Fortschritt der Formulierung in diversen Medien,
3. Präsentation und Begründung des Unternehmensleitbildes durch die Geschäftsführung,
4. Einbeziehen des Unternehmensleitbildes in interne Fortbildungsveranstaltungen,
5. regelmäßige Berichterstattung der Führungskräfte und Mitarbeiter über ihre Erfahrungen mit der Umsetzung des Unternehmensleitbildes und
6. Begründung aller Handlungen mit dem jeweils relevanten Leitsatz.

b) Die an dem Diffusionsprozess beteiligten Akteure und ihre Funktionen

Die Akzeptanz des Unternehmensleitbildes durch die Führungskräfte und die Mitarbeiter und damit schließlich die Wirksamkeit der in ihr festgelegten Normen für das tägliche Handeln hängt nicht nur von den in ihm festgelegten Normen und von der Art ab, wie das Unternehmensleitbild entstanden ist, sondern vor allem auch von der Art der Implementierung. Dabei wird man nicht darauf vertrauen können, dass alleine mit dem Versenden des Unternehmensleitbildes an die verschiedenen Adressaten und/oder dessen Präsentation auf der Homepage des Unternehmens – das zeigen viele Erfahrungen aus der Praxis – dieses die notwendige Aufmerksamkeit finden wird (Gabele; Kretschmer, S. 121). Weitere Maßnahmen sind erforderlich; hier folgt eine Auswahl[59]:

- Die Diffusions- und Umsetzungsphase beginnt bereits mit der Formulierungsphase. Indem Führungskräfte und Mitarbeiter, aber auch andere Akteure an der Formulierung des Unternehmensleitbildes beteiligt werden, wird bereits ein erster Beitrag für das Bekanntwerden und für die Akzeptanz geleistet. Mit der Beteiligung der von der Wirkung des Unternehmensleitbildes Betroffenen, mit der Verständigung über dessen Inhalte im Dialog mit den Betroffenen und mit der Begründung der Leitsätze in dem weiter oben empfohlenen Rückkopplungsprozess wird ein gutes Klima für die Realisierung der weiteren Diffusions- und Umsetzungsschritte geschaffen.
- Diese Wirkung kann verstärkt werden, wenn bereits von Beginn der Formulierungsphase an in der Hauszeitung, über das Intranet oder über andere Medien regelmäßig über das Projekt und dessen Fortschritt berichtet wird. Der Berichterstatter sollte ein Mitglied der Geschäftsführung sein.
  Mit der zeitnahen Information wird zweierlei erreicht: Zum einen verhindert man das Entstehen von Gerüchten und dadurch ausgelöste Behinderungen des Formulierungsprozesses. Zum anderen markiert die Geschäftsführung Positionen, von denen sie im weiteren Verlauf

59 In einer empirischen Studie von Gabele und Kretschmer wird gezeigt, wie höchst unterschiedlich Unternehmen den Prozess der Diffusion und Umsetzung gestaltet haben (Gabele, Kretschmer, S. 121ff.).

der Formulierungsphase nur noch schwer wieder abrücken kann.

- Von zentraler Bedeutung für die Akzeptanz des Unternehmensleitbildes ist dessen Präsentation durch ein Mitglied der Geschäftsführung. Dieses stellt das Unternehmensleitbild im Detail vor und begründet dieses.
- Es empfiehlt sich, das Unternehmensleitbild als Unterrichtsgegenstand in die betriebliche Fortbildung zu integrieren.
- Ein Unternehmensleitbild ist auch nach der Beschlussfassung durch die dafür zuständigen Gremien nicht immer vollständig und endgültig (von Eiff; Stachel, S. 39) und muss gegebenenfalls adaptiert werden. Es empfiehlt sich deshalb, die Führungskräfte und die Mitarbeiter regelmäßig nach deren Erfahrung mit der Umsetzung des Unternehmensleitbildes zu fragen. Auf diese Weise erhält die Geschäftsführung wertvolle Hinweise über Schwächen des Unternehmensleitbildes und auf personelle und strukturelle Unzulänglichkeiten, die das Wahrnehmen von Verantwortung behindern.
  Mittels der Unternehmensleitbild-Evaluierung werden die Führungskräfte und die Mitarbeiter immer wieder an dessen Berücksichtigung im Krankenhaus-Alltag erinnert.
- Eine weitere Möglichkeit, das Unternehmensleitbild immer wieder in das Bewusstsein der Führungskräfte und der Mitarbeiter zu rücken, besteht darin, die Führungskräfte und die Mitarbeiter zu verpflichten, bei jedem Erzeugen eines Dokumentes – dabei kann es sich zum Beispiel um einen Brief an Dritte, um das Protokoll über eine Besprechung, um eine Hausmittelung u.a.m. handeln – auf diesem festzuhalten, mit welchem Leitsatz oder mit welchen Leitsätzen der Vorgang, der dokumentiert wird, im Zusammenhang steht. Diese Vorgehensweise zwingt dazu, bei jeder Handlung darüber nachzudenken, ob die Handlung durch die Normen des Unternehmensleitbildes gedeckt ist.

7.3 Unterstützung des Wollens

7.3.1 Überblick

Die Bereitschaft der Führungskräfte und der Mitarbeiter, sich mit dem Konzept des Managements der sozialen Verantwortung zu identifizieren und entsprechend den im Unternehmensleitbild festgelegten Normen handeln zu wollen, kann mit Hilfe mehrerer Maßnahmen erreicht werden (s. Tab. 16):

1. Wenn eine Stelle – aus welchen Gründen auch immer – vakant ist und besetzt werden soll, kann die Rekrutierung so gestaltet werden, dass nur Bewerber um die freie Stelle zum Zuge kommen können, deren Bereitschaft gegeben ist, sich mit den Anforderungen des Konzepts „Management der sozialen Verantwortung" zu identifizieren und diese bei ihren täglichen Handlungen zu respektieren (s. Kap. 7.3.2, Personalbeschaffung).
2. Mittels geeigneter Maßnahmen der Personalentwicklung wird versucht, die Einstellung der gegenwärtigen Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung – soweit dieses notwendig ist – im positiven Sinne zu verändern (s. Kap. 7.3.3, Personalentwicklung I).
3. Die Personalführung trägt durch spezifische Personalführungsleistungen dazu bei, dass die Führungskräfte und die Mitarbeiter entsprechend der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung handeln wollen (s. Kap. 7.3.4, Personalführung).
4. Schließlich ist es die Art der Beteiligung der Führungskräfte und der Mitarbeiter an dem Formulierungsprozess sowie an dem Diffusions- und Umsetzungsprozess, die das Wollen zu sozial verantwortlichem Handeln fördert (darauf wurde im Kap. 7.2.3, Formulierungsprozess, sowie Diffusions- und Umsetzungsprozess bereits hingewiesen; eine erneute Erörterung kann deshalb unterbleiben).

7.3.2 Personalbeschaffung

Überblick

Der Prozess der Personalbeschaffung beginnt mit der Personalsuche (Naegler et al., S. 146f.). Er wird nach der Personalauswahl mit der Personaleinstellung fortgesetzt und endet mit dem Personalbeschaffungscontrolling (s. Tab. 18); nur die beiden zuerst genannten Phasen und das Personalbeschaffungscontrolling sind Gegenstand der weiteren Betrachtung.

Tab. 18 Phasen/Teil-Phasen der Personalbeschaffung

Phasen der Personalbeschaffung	Teil-Phase
Personalsuche	Stellenbeschreibung
	Entscheidung über die Personalsuche auf dem internen oder auf dem externen Arbeitsmarkt
	Stellenanzeige
Personalauswahl	Analyse der Bewerbungsunterlagen
	Vorstellungsgespräch
	Ergänzende Tests
	Personalvorschlag
(Personaleinstellung)	…
Personalbeschaffungscontrolling	sach- und zeitgerechte Besetzung einer vakanten Stelle
	nachhaltige Eignung des neuen Mitarbeiters
	Realisierung des Beschaffungsprozesses im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung

Personalsuche

Die Personalsuche beginnt mit der Formulierung der Stellenbeschreibung durch den Vorgesetzten. In der Stellenbeschreibung werden die Anforderungen – unter Berücksichtigung der sich aus dem Konzept des Managements der sozialen Verantwortung ergebenden Spezifika (s. Tab. 19) – ausgewiesen, die ein Bewerber erfüllen muss, wenn er auf die ausgeschriebene Stelle berufen werden möchte. Der Vorgesetzte gibt in der Stellenbeschreibung zusätzlich an, welche aus seiner Sicht die Schlüsselanforderungen sind, die gewissermaßen als KO-Kriterien bei der Personalauswahl verwendet werden, und mit welchem Gewicht die Anforderungen zu der Bewertung der Bewerber-Fähigkeiten herangezogen werden sollen.

Nur wenn das Anforderungsprofil ausreichend konkret und stellenangemessen formuliert wird, besteht eine Chance für das Finden des geeigneten Bewerbers. Und nur dann ist es möglich, das Ergebnis des Auswahlprozesses – z.B. gegenüber der Personalvertretung, deren Zustimmung zu der Einstellung benötigt wird, und gegebenenfalls gegenüber den Bewerbern, die nicht zum Zuge gekommen sind – zu begründen.

Auf der Grundlage der Stellenbeschreibung kann festgestellt werden, auf welchem – dem internen und/oder dem externen – Arbeitsmarkt die benötigten Mitarbeiter wahrscheinlich rekrutiert werden können und auf welchem Arbeitsmarkt deshalb gesucht werden soll. Im Regelfall wird man den vakanten Arbeitsplatz auf beiden Arbeitsmärkten ausschreiben.

Beide Suchstrategien haben Vor- und Nachteile (Naegler et al., S. 146f.). Mit Blick auf das Management der sozialen Verantwortung empfiehlt es sich – wenn die Suche dort nicht von vorneherein als völlig aussichtslos angesehen werden muss – die Personalsuche vor allem auch auf dem internen Arbeitsplatz. Die Geschäftsführung signalisiert dadurch ihre Bereitschaft, einen Beitrag leisten zu wollen für die Befriedigung der Bedürfnisse der gegenwärtigen Führungskräfte und Mitarbeiter nach Sicherheit des Arbeitsplatzes, nach Zugehörigkeit (man kann im Unternehmen bleiben und dort Karriere machen), nach Wertschätzung (im Sinne von Anerkennung, dass es im Unternehmen ausreichend qualifizierte Bewerber für die vakante Position gibt) und nach Selbstverwirklichung (durch die Übernahme einer neuen Aufgabe wird die Chance zur Entfaltung der eignen Persönlichkeit eröffnet).

! Mit dieser Entscheidung demonstriert die Geschäftsführung sozial verantwortliches Handeln und motiviert die vorhandenen Mitarbeiter durch Vorbild, es ihr durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der von ihren Entscheidungen Betroffenen gleich zu tun.

Tab. 19 Ausschnitt eines Anforderungsprofils – Anforderungen unter Berücksichtigung des Managements der sozialen Verantwortung

Klassifikation der Anforderungen	Anforderungen an
(Fachliche Anforderungen)	…
Methodische Anforderungen	die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Anliegen Betroffener zu erkennen, zu bewerten und bei Entscheidungen zu berücksichtigen, …
Soziale Anforderungen	Dialogfähigkeit, abweichende Meinungen und Ansichten respektieren, Kooperationsvermögen, Verhalten, das durch Achtung gegenüber den Bedürfnissen anderer und durch Solidarität gekennzeichnet ist, Toleranz, Konsenswillen, Ehrlichkeit, Offenheit und wechselseitige Anerkennung (Göbel 2006, S. 229), Verantwortungsbewusstsein, Einfühlungsvermögen, Bereitschaft, an der Entwicklung des Unternehmens mitzuwirken, …

Anmerkung:
Der hier festgehaltene Ausschnitt eines Anforderungsprofils zeigt beispielhaft die Anforderungen, die ein Stelleninhaber aus der Sicht des Managements der sozialen Verantwortung zusätzlich zu den übrigen Anforderungen – fachlicher, methodischer und sozialer Art – erfüllen sollte. Der Schwerpunkt der für das Thema spezifischen Anforderungen liegt naturgemäß bei den methodischen und sozialen Anforderungen; auf die fachlichen Anforderungen wird deshalb hier nicht eingegangen.

Die Stellenanzeige basiert auf der Stellenbeschreibung. Sie enthält möglichst umfassende Informationen über das Krankenhaus und über die Organisationseinheit, in der die zu besetzende Stelle verortet ist. Es werden die Ziele und die Aufgaben der Stelle beschrieben. Sie informiert über jene Anforderungen, die der Vorgesetzte als Schlüsselanforderungen gekennzeichnet hat und die bei der Bewertung der Bewerbung Verwendung finden.

Personalauswahl

Der Prozess der Personalauswahl beginnt mit der formalen und inhaltlichen Analyse der Bewerbungsunterlagen. Die inhaltliche Analyse basiert zum einen auf den Angaben der Stellenanzeige und zum anderen auf zusätzlichen Informationen der Stellenbeschreibung darüber, wie die verschiedenen Anforderungen bei der Bewertung der Bewerbung gewichtet werden sollen. Das Ergebnis der Analyse wird dokumentiert, um es den Bewerbern gegebenenfalls erläutern und begründen zu können.

Das Ziel des dann folgenden Vorstellungsgesprächs ist es vor allem, den Bewerber für das Krankenhaus zu begeistern. Ferner gilt es herauszufinden, ob der Bewerber bereit und in der Lage ist, die Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung zu akzeptieren und entsprechend verantwortungsvoll zu handeln. Darüber hinaus geht es darum, Informationen zu erhalten, die die Bewerbungsunterlagen ergänzen und erläutern, die Belastungsfähigkeit des Bewerbers in Stresssituationen zu erkunden und dem Bewerber Gelegenheit zu geben, seinen künftigen Aufgabenbereich kennen zu lernen (wenn letzteres nicht schon in Vorgesprächen bzw. im Rahmen einer Betriebsbesichtigung erfolgt ist). Von besonderem Interesse ist es, die spezifischen Bedürfnisse des Bewerbers kennen zu lernen, um diese gegebenenfalls bei der endgültigen Gestaltung der wahrzunehmenden Aufgabe und des Arbeitsvertrages

berücksichtigen zu können (s. Grundpostulat „Berücksichtigung der Interessen Betroffener").

Das möglichst detailliert beschriebene Anforderungsprofil ist die Grundlage für das Vorstellungsgespräch. Mit diesem versuchen sowohl der Arbeitgeber als auch der Bewerber im Sinne der argumentativen, dialogischen Verständigung herauszufinden, ob das Fähigkeitsprofil des Bewerbers mit dem Anforderungsprofil zusammengeführt werden kann und welche Entwicklungspotenziale der Bewerber gegebenenfalls mitbringt, um eine eventuell bestehende Fähigkeitslücke beseitigen zu können.

Unabhängig davon, wie das Vorstellungsgespräch im Einzelnen gestaltet wird (Einzelheiten dazu s. Naegler et al., S. 153ff.), kommt es darauf an, ein Klima zu schaffen, das ein großes Maß an Wertschätzung dem Bewerber gegenüber zum Ausdruck bringt. Es bedarf eines Klimas, in dem der Bewerber ermutigt wird, in einen Dialog mit den Vertretern des Arbeitgebers über Mission, Vision und das Unternehmensleitbild des Unternehmens und über Ziele und Aufgaben der zu besetzenden Stelle einzutreten (s. die Grundpostulate „Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung" und „Förderung der Mündigkeit der Stakeholder"). Nur anhand dieses offen geführten Dialogs wird es gelingen herauszufinden, ob ein Bewerber dem Anforderungsprofil genügt.

Das Vorstellungsgespräch wird abgeschlossen mit dem Angebot, den nicht erfolgreichen Bewerbern im Anschluss an eine gewisse Wartezeit zu erläutern, warum die Auswahlentscheidung nicht zu ihren Gunsten gefällt werden konnte (s. Grundpostulat „Begründungspflicht").

Das Vorstellungsgespräch hat nicht nur eine Analyse-, sondern auch eine therapeutische Funktion. An dem Verhalten der Vertreter des Krankenhauses lernt der Bewerber, was in diesem Krankenhaus unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird, um dieses später praktizieren zu können. An den Reaktionen des Bewerbers können die Vertreter des Arbeitsgebers feststellen, ob sie damit rechnen können, dass sich der Bewerber mit den Normen des Unternehmensleitbildes identifizieren wird können und welche Maßnahmen gegebenenfalls erforderlich sind, um vorhandene Wollen- und Fähigkeits-Defizite beseitigen zu können.

Vielen Krankenhäusern ist das Vorstellungsgespräch nicht aussagefähig genug. Sie möchten deshalb anhand ergänzender Tests und insbesondere mit Hilfe eines Assessment Centers mehr über den Bewerber erfahren. Vor allem das Assessment Center erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Durch eine Vielzahl von Studien konnte festgestellt werden konnte, dass die Validität der Prognose-Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Auswahlverfahren am höchsten ist (Holtbrügge, S. 101). Die auf dem Ergebnis eines Assessment Centers aufbauende Auswahlentscheidung dient deshalb auch der Befriedigung des Bedürfnissen des Vorgesetzten, der diese Entscheidung fällt, nach Sicherheit, nach Sicherheit nämlich nach dem erfolgreichen Bewältigen des Auswahlprozesses.

Der Prozess der Personalauswahl wird abgeschlossen mit der Entscheidung für einen der Bewerber. Diese Entscheidung und die Gründe, die zu ihr geführt haben, werden sorgfältig dokumentiert. Die Dokumentation ist die Grundlage für eventuelle Gespräche mit den nicht zum Zuge gekommenen Bewerbern, für die Begründung der Auswahlentscheidung gegenüber der Personalvertretung und eventuell anderen Gremien sowie möglicherweise vor einem Arbeitsgericht, wenn ein Bewerber geltend macht, das Ergebnis der Auswahlentscheidung sei zu seinen Ungunsten fehlerhaft.

! **Mit der an den Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung ausgerichteten Gestaltung dieses Elements der Personalbeschaffung zeigt die Geschäftsführung den künftigen Mitarbeitern, was sie unter sozial verantwortlichem Handeln versteht. Sie motiviert diese durch dieses Vorbild zu vergleichbarem künftigem Handeln.**

Personalbeschaffungscontrolling

Der Gegenstand des Personalbeschaffungscontrollings ist zum einen der Prozess der Personalbeschaffung und zum anderen das Ergebnis des Auswahlprozesses:
- Der Controller vergewissert sich, ob vakante Stellen rechtzeitig besetzt werden. Das Personalbeschaffungscontrolling gibt Antwort auf die Frage, ob die Ausschreibung zu besetzender Stellen und die Vorstellungsgespräche im Sinne der dafür skizzierten Normen gestaltet werden.
- Zu den Gegenständen des Controllings zählt die Einstellung der ausgewählten Bewerber

hinsichtlich der Normen des Unternehmensleitbildes und die Fähigkeiten der neuen Mitarbeiter sowohl in Bezug auf sozial verantwortliches Handeln als auch mit Blick auf die sich aus der Aufgabe ergebenden Anforderungen fachlicher, methodischer und sozialer Art.

7.3.3 Personalentwicklung I (Einstellungsentwicklung)

Personalentwicklung als Einstellungsentwicklung wird immer dann notwendig, wenn ein Mitarbeiter als Verantwortungsträger zwar über die Fähigkeiten – fachlicher, methodischer und sozialer Art – verfügt, die zur erfolgreichen Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgabe benötigt werden, die aber als sozial verantwortliches Handeln nicht zur Wirksamkeit kommen, weil die Mitarbeiter die Notwendigkeit des Einsatzes des bessern Management-Konzepts nicht akzeptieren (= Wollen-Defizit). Dieses Defizit ist Ausdruck fehlenden Leistungswillens, der durch grundlegende Wertvorstellungen der Mitarbeiter bestimmt ist – durch Wertvorstellungen, die nicht im Einklang stehen mit den Werten des Unternehmensleitbildes.

Das Ziel der Einstellungsentwicklung ist (Wittmann, S. 187), die Lernbereitschaft der Mitarbeiter zu fördern. Sie sollen dazu gebracht werden, neuen Konfliktsituationen offen und gestaltungswillig gegenüberzutreten. Es soll die Bereitschaft entwickelt werden, eigene Entscheidungen und Handlungen selbstkritisch daraufhin zu überprüfen, ob die Grundpostulate sozial verantwortlichen Handelns, insbesondere das der Berücksichtigung der relevanten Stakeholder-Anliegen, ausreichend berücksichtigt worden sind, und diese gegebenenfalls zu korrigieren.

Diese Art der Personalentwickelt verlangt nach dem Einsatz geeigneter Methoden über einen längeren Zeitraum hinweg (Holtbrügge, S. 105). Der Grundgedanke dabei muss sein – anders als bei der Entwicklung von Fähigkeiten –, die Mitarbeiter als ganze Persönlichkeiten zu fördern (Wittmann, S. 186).

Wenn die Art und der Umfang des Wollen-Defizits festgestellt und die Ziele der Personalentwicklung festgelegt worden sind, ist zu klären, ob die Mitarbeiter, für die ein Wollen-Defizit festgestellt worden ist, über ausreichendes Entwicklungspotenzial verfügen und ob es sich lohnt, in deren Weiterentwicklung zu investieren. Es bedarf schließlich der Festlegung des Budgets für die Personalentwicklung und – wenn nicht alle in Betracht kommenden Mitarbeiter in die Personalentwicklung einbezogen werden können – der Beantwortung der Frage, nach welchen Kriterien die Adressaten der Personalentwicklung ausgewählt werden sollen (Werden die Adressaten ausschließlich nach dem Entwicklungsbedarf ausgewählt oder werden bestimmte Berufsgruppen privilegiert oder dient die Personalentwicklung der Begabtenförderung? Scholz, S. 509). Unter Berücksichtigung aller dieser Einflussfaktoren werden schließlich die Adressaten der Qualifizierungsmaßnahmen und die Art und der Umfang der Entwicklungsmaßnahmen festgelegt.

Personalentwicklung als Individualentwicklung wäre allerdings zu eng gesehen, würde man sie ausschließlich mit gezielt geplanten und nach ihrer Durchführung evaluierten Qualifizierungsmaßnahmen identifizieren. Jede Maßnahme der Personalarbeit, insbesondere die der Personalführung trägt zur Weiterentwicklung der Mitarbeiter bei, hinterlässt ihre Spuren in der Belegschaft (Neuberger, S. 157) – und zwar im positiven wie im negativen Sinne. Dies bedeutet: Die Führungskräfte können durch geeignete Personalführungsleistungen einen beträchtlichen Beitrag zur Personalentwicklung leisten und damit manche kostspielige Qualifizierungsmaßnahme überflüssig machen. Dies bedeutet aber auch: Interesse wecken bei den Führungskräften für den Erwerb und den Ausbau der Führungskompetenz und deren Umsetzung in praktisches Handeln ist die effizientere Personalentwicklungs-Strategie.

7.3.4 Personalführung

Die Personalführung trägt durch spezifische Personalführungsleistungen, durch die direkte, persönliche Interaktion zwischen der Führungskraft und deren Mitarbeitern zu der Realisierung der dem Krankenhaus gesetzten Ziele bei, also auch zu dem Realisieren des Managements der sozialen Verantwortung. Sie leistet einen Beitrag zur Überwindung der möglicherweise bestehenden Diskrepanz zwischen den Zielen des Krankenhauses und den Anliegen der Mitarbeiter. Sie erreicht damit, dass sich die Mitarbeiter mit der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung identifizieren und in diesem Sinne verantwortlich handeln.

Die Führungskraft nutzt dabei ihre Rolle als Vorbild. Sie überzeugt ihre Mitarbeiter von der

Nützlichkeit des neuen Management-Konzepts, indem sie Personalführung unter Berücksichtigung der Interessen der von ihr geführten Mitarbeiter und als Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung praktiziert und ihre Führungsentscheidungen begründet.

Die Personalführung als Interaktion zwischen einer Führungskraft und ihren Mitarbeitern ist Teil eines komplexen Systems (s. Abb. 46), dessen Elemente sorgfältig aufeinander abgestimmt sein müssen. Nur dann können die Führungsleistungen erbracht werden, die als Voraussetzung für sozial verantwortliches Handeln notwendig sind. Die Gestaltung dieser Elemente war bereits in anderen Zusammenhängen Gegenstand der vorliegenden Erörterung. Es wird deshalb auf die dortigen Ausführungen verwiesen (die Nummern der Kapitel in der folgenden Übersicht verweisen auf die jeweiligen Textstellen).

Das Führungskonzept besteht unter anderem aus

- der Führungsorganisation (s. Kap. 6.4.3, Organisation, und Abschnitt Anforderungen an die Organisation),
- dem Führungsstil (s. Kap. 6.4.3, Personalarbeit, und Abschnitt Anforderungen an das Personalmanagement) und
- der Führungstechnik (s. Kap. 6.4.3, Personalarbeit, und Abschnitt Anforderungen an das Personalmanagement).

7.4 Unterstützung des Könnens

7.4.1 Personalentwicklung II (Fähigkeitsentwicklung)

Das Management der sozialen Verantwortung evoziert, ausgehend von den Fähigkeiten, über die Mitarbeiter, von denen sozial verantwortliches Handeln erwartet wird, verfügen müssen (s. Tab. 19), spezifische Entwicklungsinhalte. Vor allem geht es darum, die Mitarbeiter diskursfähig zu machen (Wittmann, S. 187). Das bedeutet einerseits, die Mitarbeiter darin zu bestärken, Konflikte in einem multipersonal, arbeitsteilig organisierten Unternehmen als selbstverständlich zu akzeptieren, diese offen anzusprechen und sie aktiv zu lösen. Damit die genannten Akteure dazu fähig sind, müssen deren kognitive, soziale und kommunikative Fähigkeiten ausgebaut werden. Von zentraler Bedeutung sind dabei Fähigkeiten wie Dialogfähigkeit, Kooperationsvermögen, Achtung gegenüber den Bedürfnissen anderer, Toleranz, Solidarität und Konsenswillen.

Der Prozess der Personalentwicklung im Sinne der Fähigkeitsentwicklung entspricht prinzipiell dem der Einstellungsentwicklung (Näheres dazu s. Kap. 7.3.3); er bedingt einen entsprechend hohen Ressourcen-Einsatz. Auch hier muss deshalb zunächst geklärt werden, ob es sich angesichts seines spezifischen Entwicklungspotenzials lohnt, in die Entwicklung eines Mitarbeiters zu investieren.

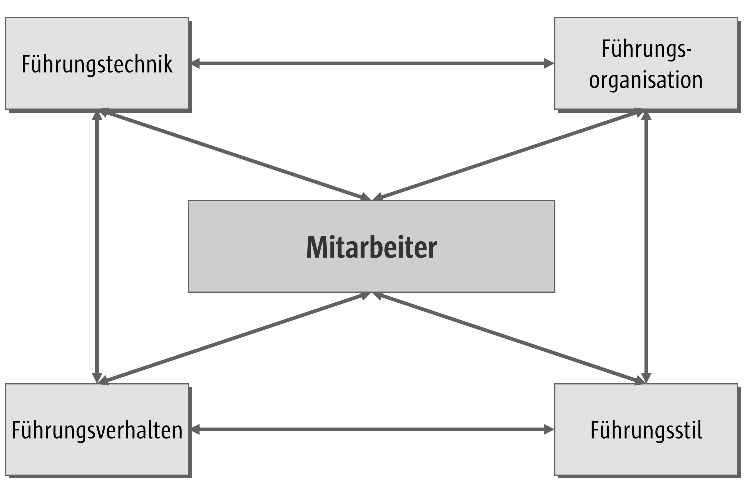


Abb. 46 Führungskonzept

Schon die kurze Charakterisierung des Prozesses der Personalentwicklung lässt erahnen, wie viel Konfliktpotenzial dieser Prozess bereithält. Es bietet sich deshalb an, die notwendigen Entscheidungen im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung herbeizuführen und neben den Interessen des Krankenhauses auch die Bedürfnisse der Mitarbeiter nach zum Beispiel Sicherheit, Wertschätzung und Selbstverwirklichung zu berücksichtigen. Das Mitarbeiterorientierungsgespräch ist ein geeignetes Instrument, um den Ausgleich der Interessen im Dialog zu realisieren (Naegler et al., S. 280ff.).

Was die Methoden der Personalentwicklung anbelangt, wird auf die einschlägigen Ausführungen in Kapitel 7.3.3 verwiesen.

7.4.2 Organisationale Hilfen

Einführung

Es sind zwei Formen der aufbauorganisatorischen Grundstruktur – die Primärorganisation und die Sekundärorganisation –, derer die Führungskräfte und deren Mitarbeiter als stabile Basis bedürfen, um sozial verantwortlich handeln zu können.

Dabei wird unter Primärorganisation jene Grundstruktur einer Organisation verstanden, die es den Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglicht, ihre Routineaufgaben zielkonform und vor allem verantwortungsbewusst wahrzunehmen. Wie die Aufbauorganisation als Primärorganisation gestaltet werden sollte, um im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung Wirksamkeit entfalten zu können, wurde in Kapitel 6.4.3, Organisation, ausführlich behandelt.

Spezialprobleme – wie zum Beispiel die Einführung des Unternehmensleitbildes und dessen Weiterentwicklung oder die Lösung einzelner, im Zusammenhang mit dem Management der sozialen Verantwortung stehender Probleme – lassen sich im Rahmen der Primärorganisation meist nicht lösen. Dies geschieht deshalb auf der Basis einer die Primärorganisation des Unternehmens ergänzenden Sekundärorganisation (Staehle, S. 723).

Diese kann unterschiedlich ausgeprägt sein:

1. Für die Lösung eines Problems wird eine Arbeitsgruppe, die gegebenenfalls auch nur mit einer Person besetzt ist, eingesetzt. Diese wird wieder aufgelöst, wenn das Problem gelöst worden ist. Als Beispiel für diese Form der Sekundärorganisation wurde der Prozess der „Einführung des Unternehmensleitbildes" bereits erwähnt.
2. Es gibt zum anderen Aufgaben, die zwar auch nicht zu den Routineaufgaben der Führungskräfte und Mitarbeiter zählen, die dennoch im Regelfall dauerhaft wahrgenommen werden müssen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Aufgaben des Controllings oder vergleichbare Aufgaben.
   Bezogen auf das in Ziffer 1. schon verwendete Beispiel müssen in der Praxis immer wieder unter anderem die folgenden Aufgaben wahrgenommen werden:
   - Vielfach haben die Verantwortungsträger bei der praktischen Handhabung des Unternehmensleitbildes Schwierigkeiten: Diese können darauf zurück zu führen sein, dass einzelne Leitsätze des Unternehmensleitbildes nicht präzise genug formuliert worden sind und deshalb neu gefasst werden müssen. Möglicherweise benötigen die Verantwortungsträger zur Überwindung dieser Schwierigkeiten aber nur Hilfestellung, um das Unternehmensleitbild sachgerecht anwenden zu können.
   - Vielleicht muss das Unternehmensleitbild, das von der von der Geschäftsführung eingesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet worden ist, auch deshalb modifiziert werden, weil sich seit der Einführung des Unternehmensleitbildes die Bedingungen, die zu seiner damaligen Gestaltung geführt haben, geändert haben.
   - In jedem Falle muss aber regelmäßig kontrolliert werden, wie die Verantwortungsträger das Unternehmensleitbild im Sinne der Golden Regel anwenden.
3. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass es immer wieder Stakeholder gibt, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse mit der für deren Berücksichtigung bei unternehmerischen Entscheidungen hinreichenden Genauigkeit und/oder dem notwendigen Nachdruck geltend zu machen. Diese Stakeholder bedürfen der Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Die in den Ziffern 2. und 3. skizzierten Aufgaben werden gerne einer Stabsstelle übertragen, die für die Geschäftsführung oder für andere Verant-

wortungsträger Entscheidungen vorbereitet und/oder für diese beratend und unterstützend tätig ist. Eine Stabsstelle kann mit einer Person besetzt sein. Sie kann aber auch als multipersonale Instanz organisiert werden.

Patientenfürsprecher und andere Vertreter von Stakeholdern

In vielen Krankenhäusern gibt es einen Patientenfürsprecher, der die Anliegen der Patienten gegenüber dem Krankenhaus vertritt[60]. Dieser prüft die Anregungen und Beschwerden der Patienten sowie die der Angehörigen, der niedergelassenen Ärzte und diversen Interessengruppen – die Beschwerden resultieren nicht selten aus dem nicht ausreichend Berücksichtigen von Stakeholder-Bedürfnissen bei Entscheidungen der Verantwortungsträger – und sorgt dafür, dass diese bei den einschlägigen Entscheidungen der dafür zuständigen Gremien angemessen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus haben viele Krankenhäuser weitere Stellen, meist als Beauftragte bezeichnet, eingerichtet, die entweder die Anliegen einzelner Stakeholder(-gruppen) vertreten oder, bezogen auf bestimmte Aufgabenbereiche, die Interessen diverser Stakeholder im Allgemeinen wahrnehmen. Zu der ersten Gruppe zählen zum Beispiel der Beauftragte für den Elternservice der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Personalvertretung, der Ausbildungs-, der Sicherheits- und die Frauenbeauftragte sowie der Schwerbehindertenobmann. Zur zweiten Gruppen gehören z.B. die Datenschutz-, Strahlenschutz- und Brandschutzbeauftragten.

Dem Patientenfürsprecher und den Beauftragten ist gemeinsam, dass sie – wie schon erwähnt – die Anliegen, die der einzelne Stakeholder aus unterschiedlichen Gründen nicht hinreichend präzise artikulieren kann und die wegen der häufig sehr heterogen zusammengesetzten Stakeholdergruppe im Detail differieren und deshalb als Einzelmeinung kaum die Chance haben, bei Entscheidungen des Krankenhauses berücksichtigt zu werden, zusammenfassen und in die Sprache der Verantwortungsträger übersetzen. Sie sorgen somit dafür, dass die Anliegen überhaupt wahrgenommen werden. Sie vertreten die selten wirklich mündigen Stakeholder. Sie tragen mit ihrer Arbeit dazu bei, dass es trotz der skizzierten Barrieren zu einer argumentativ, dialogischen Verständigung zwischen dem Verantwortungsträger und den Stakeholdern kommt und dass damit die Anliegen vieler Stakeholder, die sonst unter den Tisch fallen würden, bei den Entscheidungen des Krankenhauses und seiner Verantwortungsträger mit dem für sie angemessenen Gewicht Berücksichtigung finden können.

Patientenfürsprecher und Beauftragte spielen eine Doppelrolle: Sie sind einerseits Interessenvertreter. Zum anderen übernehmen sie eine Beratungsfunktion gegenüber den Verantwortungsträgern und tragen damit dazu bei, dass die Verantwortungsträger ihre Verantwortung gegenüber den verschiedenen Adressaten immer besser – auch ohne die Intervention der Patientenfürsprecher und Beauftragten – wahrnehmen können.

Ethikkomitee

Die Unterstützung der Geschäftsführung in Angelegenheiten des Managements der sozialen Verantwortung erfolgt sehr häufig durch Ethikkomitees. Dabei werden zwei Arten unterschieden:

1. Die eine Art von Ethikkomitee ist das so genannte Klinische Ethikkomitee[61]. Dieses berät das therapeutische Team, wenn es Unklarheiten bezüglich der weiteren Behandlung eines Patienten gibt, und erarbeitet Leitlinien für den Umgang mit immer wiederkehrenden klinischen Problemsituationen.
2. Der Wirkungsbereich der anderen Art von Ethikkomitee ist im Sinne der Organisationsethik das gesamte Krankenhaus. Seine Aufgabe ist die Beratung der Geschäftsführung im Umgang mit dem Management der sozialen Verantwortung.

Ausgehend von dem Anliegen der vorliegenden Erörterung ist Gegenstand der weiteren Betrach-

60 So schreibt zum Beispiel § 26 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (Berlin) i.d.f. vom 1. März 2001 vor, dass die Bezirksverordnetenversammlung für jedes im jeweiligen Stadt-Bezirk verortete Krankenhaus einen Patientenfürsprecher wählt und einsetzt.

61 Von diesen wiederum zu unterscheiden sind die medizinischen Ethikkommissionen, die zuständig sind für die Beurteilung von Forschungsvorhaben, an denen gesunde Probanden und/oder Patienten beteiligt sind.

tung nur noch die zweite Art von Ethikkomitee. Dabei werden Antworten zu vier Aspekten erarbeitet (Steinkamp; Gordijn, S. 165ff.):

1. Aufgaben des Ethikkomitees,
2. Arbeitsweise des Ethikkomitees,
3. Stellung des Ethikkomitees in der Krankenhausorganisation und
4. Mitglieder des Ethikkomitees.

Zu 1. Aufgaben des Ethikkomitees

Zu den Kernaufgaben des Ethikkomitees zählen (Steinkamp; Gordijn, S. 195):

- Das Ethikkomitee berät die Geschäftsführung in Form von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Unternehmensleitbildes und der Führungsgrundsätze. Die Empfehlungen schließen das Schaffen der personellen und strukturellen Voraussetzungen zur Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung ein.
- Diese Beratung erfolgt gefragt, aber auch ungefragt. Die Empfehlungen werden von der Geschäftsführung beschlossen, diffundiert und umgesetzt.
- Zu den Aufgaben gehört das Erarbeiten von Empfehlungen für die inhaltliche Ausgestaltung der Personalentwicklungs-Maßnahmen mit dem Ziel, das Bewusstsein und die Fähigkeit der Führungskräfte und der Mitarbeiter für sozial verantwortliches Handeln zu stärken.
- Das Ethikkomitee ist das Forum innerhalb des Krankenhauses für dialogische Verständigung aller Verantwortungsträger in Angelegenheiten des Managements der sozialen Verantwortung (Steinmann; Löhr 1989, S. 110).

Zu 2. Arbeitsweise des Ethikkomitees

Von zentraler Bedeutung für die Arbeit des Ethikkomitees ist dessen Unabhängigkeit. Eine Voraussetzung für unbeeinflusstes Arbeiten ist die Trennung zwischen der Argumentationskompetenz des Ethikkomitees und der administrativen Autorität der Geschäftsführung (Steinkamp; Gordijn, S. 174ff.). Das Ethikkomitee – es wurde bereits darauf hingewiesen – erarbeitet Empfehlungen als Grundlage für das Realisieren des Managements der sozialen Verantwortung; die Geschäftsführung setzt diese Empfehlungen in Form von Unternehmensleitlinien und Führungsgrundsätzen um und überwacht deren Einhalten durch die diversen Verantwortungsträger.

Die Arbeitsweise des Ethikkomitees ist grundsätzlich langfristig und institutionell ausgerichtet. Insofern ist es wichtig, dass seine Mitglieder für eine längere Zeit berufen werden – so z.B. für eine oder auch zwei Legislaturperioden von jeweils drei bis vier Jahren. Die Frequenz der Tagungen des Ethikkomitees hängt von den zu behandelnden Themen und von den jeweiligen Arbeitsfortschritten ab.

Trotz dieser Langfrist-Orientierung darf die gegebenenfalls spontan erforderliche Zusammenarbeit mit den Leistungsbereichen des Krankenhauses nicht vernachlässigt werden. Diese ist nicht nur zu Lösung anstehender Probleme, sondern auch als vertrauensbildende Maßnahme und zur Werbung für die Anwendung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung erforderlich.

In einer Satzung des Ethikkomitees (Steinkamp; Gordijn, S. 174ff.) sind diese Grundsätze etwa wie folgt konkretisiert:

- Die Themen, die von dem Ethikkomitee behandelt werden sollen, werden zu Beginn des Jahres in einen vorläufigen Arbeitsplan mit Prioritäten aufgenommen und mit der Geschäftsführung abgestimmt. Der Arbeitsplan wird durch einen Beschluss der Geschäftsführung zur verbindlichen Arbeitsgrundlage für das Ethikkomitee.
- Das Ethikkomitee berichtet der Geschäftsführung regelmäßig über die Ergebnisse ihrer Beratungen.
- Das Ethikkomitee hält engen Kontakt zu den Leistungsbereichen des Krankenhauses, sodass die argumentative, dialogische Verständigung zwischen ihm und den Verantwortungsträgern als Voraussetzung für sozial verantwortliches Handeln ermöglicht wird.
- Das Ethikkomitee informiert in Abstimmung mit der Geschäftsführung in regelmäßigen Abständen alle Führungskräfte und Mitarbeiter des Krankenhauses über seine Arbeit.
- Das Unternehmensleitbild und die Führungsgrundsätze werden mittels regelmäßiger Befragungen der Führungskräfte und der Mitarbeiter evaluiert. Dabei geht es vor allem darum herauszufinden, ob das Unternehmensleitbild und die Führungsgrundsätze Handlungsorientierung für die Praxis bieten.
- Darüber hinaus enthält die Satzung Bestimmungen mehr formaler Art, nämlich über den Vorsitz und über die Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen.

Zu 3. Stellung des Ethikkomitees in der Krankenhausorganisation

Das Ethikkomitee wird in die Krankenhausorganisation so eingebunden, dass diesem ein möglichst hohes Maß an Freiheit und Unabhängigkeit gewährt ist. Dieses ist die Voraussetzung dafür, dass die Arbeit des Ethikkomitees primär durch die Qualität der Argumente bestimmt wird. Das Ethikkomitee muss so stark mit der Organisation verknüpft werden, dass seine Empfehlungen das notwendige Gewicht haben und deshalb wirkungsvoll umgesetzt werden können. Beide Argumente sprechen dafür, das Ethikkomitee als Stabsstelle der Geschäftsführung direkt zuzuordnen.

Diese enge Anbindung des Ethikkomitees an die oberste Leitungsebene kann allerdings dazu führen, dass das Ethikkomitee von der Geschäftsführung instrumentalisiert wird. Es besteht die Gefahr, dass die Geschäftsführung das Ethikkomitee im Sinne eines bürokratischen Führungsstils missbraucht und sich hinter den Empfehlungen des Ethikkomitees versteckt, indem sie so tut, als sei das Ethikkomitee und nicht sie selbst die entscheidende Instanz. Das Ethikkomitee darf auch nicht im Sinne der Personalführung zweckentfremdet werden und von Führungskräften einen Teil der spezifischen Führungsleistungen übernehmen. Es ist die Aufgabe ausschließlich der Führungskräfte, ihre Mitarbeiter zu sozial verantwortlichem Handeln anzuleiten. Die Trennung zwischen administrativer und argumentativer Kompetenz ist für die Wirksamkeit der Empfehlungen des Ethikkomitees von zentraler Bedeutung.

Zu 4. Mitglieder des Ethikkomitees

Die personelle Besetzung eines Ethikkomitees ist in der Praxis höchst umstritten. Dabei konzentriert sich die Frage vor allem darauf, ob ein Mitglied der Geschäftsführung Mitglied des Ethikkomitees sein soll oder nicht.

Für die Mitgliedschaft eines Mitgliedes der Geschäftsführung in dem Ethikkomitee spricht, dass dieses durch den Empfehlungsbeschluss des Ethikkomitees verpflichtet ist, die Empfehlung in der Geschäftsführung zu vertreten. Von Vorteil ist auch, dass dadurch die Einbindung in die Organisation gestärkt und die Umsetzung der Empfehlungen des Ethikkomitees gefördert wird.

Die Vertretung der Geschäftsführung im Ethikkomitee ist von Nachteil, weil damit die administrative und argumentative Kompetenz vermengt werden. Die Empfehlungen des Ethikkomitees sind nicht mehr ausschließlich durch die Inhalte des zu lösenden Problems geleitet. Es muss damit gerechnet werden, dass die Umsetzungs-Hürden, die es zweifellos immer gibt, die Beratung des Ethikkomitees beherrschen und das Ergebnis beeinflussen.

Ansonsten prägen zwei Grundprinzipien die personelle Zusammensetzung des Ethikkomitees: Es sollte zum einen dafür gesorgt werden, dass möglichst alle Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Leistungsbereiche vertreten sind. Zum anderen empfiehlt es sich, die Handlungsfähigkeit des Ethikkomitees zu sichern, indem die Zahl seiner Mitglieder auf zehn bis maximal fünfzehn Personen beschränkt wird. Wenn in Folge dieser Regelung bei einzelnen Beratungs-Gegenständen der notwendige Sachverstand fehlt, wird dieses Defizit durch das Hinzuziehen von beratenden Mitgliedern, die nicht stimmberechtigt sind, beseitigt.

Die Patienten, deren Angehörige, die Bevölkerung in dem Einzugsgebiet des Krankenhauses sowie die einweisenden Ärzte sind die Stakeholder-Gruppen von zentraler Bedeutung für das Krankenhaus. Es bietet sich deshalb an, Ethikkomitee-Mitglieder nur aus patientennahen Berufsgruppen und Leistungsbereichen zu rekrutieren. Gegebenenfalls werden andere Stakeholder-Gruppen durch den Patientenfürsprecher oder Beauftragte vertreten.

Die Berufung der Ethikkomitee-Mitglieder erfolgt durch die Geschäftsführung. Sofern es ein Ethikkomitee schon gibt und einzelne Mitglieder ausgetauscht werden sollen oder das gesamte Ethikkomitee wegen Ablauf der Legislaturperiode(n) neu besetzt werden soll, hat das gegenwärtige Ethikkomitee ein Vorschlagsrecht.

8 Was ist zu tun? Die Verankerung des Managements der sozialen Verantwortung im Krankenhaus

8.1 Der Weg des Wandelns – ein Überblick

Die verschiedenen Bausteine eines Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung werden in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben. Ein solches Konzept muss sich aber im Tun bewähren. Deshalb soll in einem abschließenden Kapitel – vor der Beschreibung eines praktischen Beispiels in Kapitel 9 –zusammenfasst werden, was die Geschäftsführung veranlassen muss, damit sozial verantwortliches Handeln zu einem festen Bestandteil des Arbeitsalltags aller Verantwortungsträger und aller Leistungsbereiche des Krankenhauses wird.

Die Neuausrichtung des Unternehmens bedeutet, die Goldene Regel als Ziel zu formulieren, um diese Grundhaltung in alle Entscheidungen einfließen zu lassen (Göbel 1992, S. 267). Die Neuausrichtung bedeutet ferner, die personellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Verantwortungsträger Verantwortung wahrnehmen wollen und dieses auch können. Es kommt schließlich darauf an, die organisatorische Grundstruktur des Krankenhauses so zu gestalten, dass die Verantwortungsträger bei der Wahrnehmung ihrer sozialen Verantwortung unterstützt werden.

Wer dieses will, muss sich zunächst mit einer ungeschminkten und detaillierten Bestandsaufnahme befassen, und zwar nicht nur, um die richtigen Veränderungsmaßnahmen veranlassen zu können. Die Standortbestimmung ist auch notwendig, um später feststellen zu können, was erreicht worden ist.

Diese Bestandsaufnahme fragt vor allem danach,

- inwieweit das Management der sozialen Verantwortung oder einzelne Elemente davon schon praktiziert werden,
- welche personellen und institutionellen Voraussetzungen für das nachhaltige Realisieren des besseren Management-Konzepts bereits gegeben sind und
- welche Veränderungen gegebenenfalls noch veranlasst werden müssen.

Die Umstellung des Krankenhauses auf das bessere Management-Konzept ist auch dann ein radikaler Bruch mit über lange Zeit hinweg eingeübten und praktizierten und damit vertraut gewordenen Verhaltensweisen, wenn schon einige Elemente dieses Konzepts explizit und/oder implizit praktiziert werden. Es bedarf dennoch häufig grundlegender Veränderungen und diese flankierender Maßnahmen. Von diesen sind die Geschäftsführung und alle ihre Mitarbeiter sowie alle Organisationseinheiten des Krankenhauses betroffen.

Dabei muss mit erheblichen Widerständen gerechnet werden. Die Gründe:

- Es gibt nur wenige praktische Erfahrungen mit derartigen Veränderungsprozessen, die genutzt werden könnten, einen solchen Prozess sozial verträglich und erfolgreich zu organisieren.
- Von den Verantwortungsträgern wird – was von der Geschäftsführung häufig unterschätzt wird – neben der Arbeitszeit für die Wahrnehmung ihrer Kernaufgaben sehr viel Zeit und Energie für die Umstellung auf das neue Management-Konzept gefordert.
- Zudem gibt es nicht wenige Mitarbeiter, die schlechte Erfahrungen mit der Reorganisation eines ganzen Unternehmens oder auch Teilen davon gemacht haben und der beabsichtigten Änderung deshalb eher mit Skepsis begegnen.

Damit die Umstellung auf das bessere Management-Konzept dennoch nicht scheitert, sind die sorgfältige Vorbereitung des Wandelns und das Beachten einiger Bedingungen, unter denen der Transformationsprozess realisiert wird, erforderlich. Von beidem soll in diesem Kapitel die Rede sein.

Bei der zusammenfassenden und ergänzenden Darstellung von Gestaltungsvorschlägen wird – wie auch schon in den Kapiteln 6 und 7 – hervorgehoben, dass das Schaffen der organisatorischen und personellen Voraussetzungen zur Wahrnehmung von Verantwortung ein Prozess ist, der durch Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung geleitet wird. Damit wird zweierlei erreicht:

1. Die organisationalen und personalen Barrieren, die sozial verantwortliches Handeln verhindern könnten, werden vermieden oder – soweit diese existieren – beseitigt.
2. Mit der Erarbeitung von Vorschlägen für die Gestaltung des Managements der sozialen Verantwortung kann dieses trainiert und damit seine Akzeptanz vorbereitet werden.

Wenn hier und an anderen Stellen in diesem Buch immer wieder gefordert wird, das Unternehmensleitbild des Krankenhauses im Sinne der Grundidee des Managements der sozialen Verantwortung weiter zu entwickeln und danach konsequent zu praktizieren, heißt dieses nicht, dass von den Verantwortungsträgern in den Krankenhäusern angenommen wird, sie handelten bisher unverantwortlich. Im Gegenteil: Es wird unterstellt, dass es für viele Akteure im Krankenhaus ein Bedürfnis ist, die Goldene Regel zu praktizieren, dass es bisher aber nicht selten an den Voraussetzungen fehlt, die sie dabei unterstützen könnten, ihre Absichten in die Tat umzusetzen.

Der Weg dorthin wird zweckmäßigerweise in zwei Phasen/fünf Etappen zurückgelegt (s. Tab. 20; in Anlehnung an Berkel; Herzog, S. 79; Kotter, S. 55ff.).

Die Etappen des Übergangs von einem konventionellen auf das bessere, weil sozial verantwortliches Handeln in den Vordergrund stellende Management-Konzept sind die Gegenstände dieses Kapitels. Dabei wird an mehreren Stellen auf die

Tab. 20 Die Phasen/Etappen des Wandelns

Der Weg des Wandelns	
Phase I Initiieren des Wandelns	Management der sozialen Verantwortung als neues Management-Konzept beschließen (s. Kap. 8.2), (damit sind sowohl der Grundsatzbeschluss gemeint, der den Veränderungsprozess auslöst, als auch der endgültige Beschluss mit vielen Festlegungen im Detail, der aber erst nach der Standortbestimmung möglich wird), Standortbestimmung, die aus der Umwelt- und aus der Unternehmensanalyse besteht (s. Kap. 8.3 und 8.4),
Phase II Strategien entwickeln für die nachhaltige Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung	die Übernahme von Verantwortung durch die Akteure des Krankenhauses konkretisieren (s. Kap. 8.6) die Akteure des Krankenhauses für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren (s. Kap. 8.7) und das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen (s. Kap. 8.8).

Tab. 21 Der Weg des Wandelns

Kapitel	Inhalt des Kapitels
8.2.1	**Management der sozialen Verantwortung beschließen – Grundsatzbeschluss** Damit wird Klarheit geschaffen über die Absichten der Geschäftsführung, die Vision des Wandelns vermittelt; die Durchführung einer Bestandsaufnahme verfügt; ein Gefühl für die Notwendigkeit, weil Nutzen stiftend, und für die Dringlichkeit des Wandelns erzeugt und das für den radikalen Bruch mit bisher geübten Verhaltensweisen notwendige Arbeitsklima entwickelt.
8.2.2	**Organisation des Veränderungsprozesses** Beauftragung des Projektmanagements; Festlegen der Projekt-Organisation und als Teil davon Sicherung der zur Umsetzung des Beschlusses erforderlichen Unterstützung durch Macht-Promotoren.
8.2.3	**Management der sozialen Verantwortung endgültig beschließen und*** die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eines den Prinzipien der Goldenen Regel verpflichteten Unternehmensleitbildes beauftragen (s. auch Kap. 7.2); Identifizierung und Veranlassen der Maßnahmen, die dem Schaffen der organisationalen Voraussetzungen für das Wahrnehmen von Verantwortung dienen (s. auch Kap. 6.4 und 6.5) und Identifizierung und Veranlassen der Maßnahmen, die notwendig sind, um die Verantwortungsträger des Krankenhauses von der Nützlichkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugen und um diese in den Stand versetzen zu können, dieses auch zu praktizieren (s. auch Kap. 7.3 und 7.4). * auf der Grundlage der Umwelt- und Unternehmensanalyse-Ergebnisse
8.3	**Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis** Welche Stakeholder sollen bei unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden? Welche Stakeholder-Anliegen werden als legitim akzeptiert und bei Entscheidungen berücksichtigt?
8.4	**Unternehmensanalyse** Wie ist die Einstellung der Verantwortungsträger gegenüber dem Praktizieren der Goldenen Regel? Wie werden Stakeholder-Anliegen in der unternehmerischen Praxis berücksichtigt? Wie sind die institutionellen und personellen Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln in dem Krankenhaus beschaffen?
8.5	Wahrnehmung von Verantwortung konkretisieren durch Festlegen der Regeln als Grundlage für die Formulierung und Einführung des Unternehmensleitbildes; Festlegen der Werte und Normen, an denen sozial verantwortliches Handeln ausgerichtet werden soll und Entwicklung bzw. Weiterentwicklung des Unternehmensleitbildes.
8.6	**Für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren heißt** die Entscheidungsträger dafür gewinnen, die Anliegen der Stakeholder und die Folgen der Entscheidungen für Dritte bei der Vorbereitung und dem Fällen ihrer Entscheidungen zu berücksichtigen.
8.7	**Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen durch** Evaluierung des Konzepts und der Handhabung des Managements der sozialen Verantwortung und Sicherstellung des Wandelns durch kurzfristige Erfolge.
8.9	**Zusammenfassung und Checkliste**

detaillierte Beschreibung der Bausteine des Managements der sozialen Verantwortung in anderen Kapiteln verwiesen. Das gilt vor allem für die Gestaltung einiger Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit und der Organisation der Leitungstätigkeit sowie für die Art der Realisierung der Entscheidungsprozesse (s. Kap. 6). Der Beantwortung der Frage, wie die Unterstützung der Verantwortungsträger gestaltet werden muss, damit diese Verantwortung wahrnehmen können, wurde in Kapitel 7 die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet, sodass auch darauf zurückgegriffen werden kann und sich auch hierzu detaillierte Ausführungen in diesem Kapitel erübrigen.

Andere Etappen des Weges zu dem besseren Management-Konzept bedürfen einer ausführlicheren Darstellung. Das gilt vor allem für die Charakterisierung der Stakeholder und die Analyse der Stakeholder-Anliegen sowie für die Feststellung, welche Bedeutung die Stakeholder für das Krankenhaus haben und mit welchem Gewicht die Stakeholder-Bedürfnisse bei Entscheidungen berücksichtigt werden sollen (s. Kap. 8.3 – Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis). Das gilt auch für die Beantwortung der Frage, für wie bedeutsam die Akteure des Krankenhauses die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung halten und welchen Nutzen sie für das Krankenhaus und für sich selbst als Folge der Realisierung des neuen Management-Konzepts erwarten (s. Kap. 8.4 – Unternehmensanalyse). Die Beantwortung dieser Fragen steht im Zentrum der vorzunehmenden Standortbestimmung.

Die Notwendigkeit zu einer etwas ausführlicheren Darstellung ergibt sich auch für die Etappen der Phase II. Es werden Strategien in Anlehnung an Methoden der Einstellungsentwicklung und Organisationsentwicklung vorgestellt, die dazu beitragen sollen, sozial verantwortliches Handeln im Sinne der Goldenen Regel zum bewussten Teil des Arbeitsalltags im Krankenhaus zu machen (Berkel; Herzog, S. 79). Es werden Vorschläge für das Konkretisieren der Wahrnehmung von Verantwortung und für das Sensibilisieren der Verantwortungsträger für die Nützlichkeit des Konzepts sowie für die Festigung des Konzepts präsentiert. Einige Aussagen aus den Kapiteln 6 und 7 werden in diesem Zusammenhang noch einmal aufgenommen; sie werden ergänzt und detailliert. Einige kleinere Wiederholungen sind deshalb nicht ganz ausgeschlossen.

Der Weg des Wandelns ist mit der Implementierung des neuen Management-Konzepts nicht beendet. Mit Hilfe der regelmäßigen Evaluierung des Konzepts – sie ist eines der Instrumente, die der Festigung des Konzepts dienen – gilt es herauszufinden,

- wie die Verantwortungsträger die Normen des Unternehmensleitbildes praktizieren und ob Letzteres gegebenenfalls veränderten Umwelt- und Unternehmensbedingungen angepasst werden muss, damit das neue Management-Konzept dauerhaft mit dem gewünschten Erfolg umgesetzt werden kann und
- ob die personellen und institutionellen Voraussetzungen so beschaffen sind, dass das Wahrnehmen von Verantwortung unterstützt wird.

Des bessern Überblicks wegen ist der Weg des Wandelns in der Tabelle 21 in Stichworten zusammengestellt. Dabei handelt es sich um ein erstes, nicht vollständiges Zwischenergebnis. Eine Zusammenfassung aller Transformationsmaßnahmen erfolgt am Ende dieses Kapitels.

8.2 Management der sozialen Verantwortung beschließen

8.2.1 Grundsatzbeschluss

Ausschlaggebend für die erfolgreiche Umstellung auf das Management der sozialen Verantwortung ist, dass die Initiative für die Umstellung von der Geschäftsführung ausgeht und dass das bessere Management-Konzept dauerhaft von dieser getragen wird. Die Geschäftsführung macht mit einem Grundsatzbeschluss deutlich, dass es eine ihrer zentralen Aufgaben ist, die Entwicklung und die Implementierung des neuen Management-Konzepts sowie das Schaffen der Voraussetzungen für das nachhaltige Wahrnehmen von Verantwortung durch alle Verantwortungsträger des Krankenhauses zu initiieren und zu tragen. Sie verspricht mit dem Grundsatzbeschluss, dass sie sich vordringlich und für alle anderen Verantwortungsträger erkennbar dieser Aufgabe widmen wird. Die Geschäftsführung gibt als Vorbild ihren Mitarbeitern Gelegenheit, verantwortungsbewusstes Handeln zu lernen und zu lernen, mit der Freiheit, die ihnen eingeräumt werden soll, verantwortlich umzugehen.

Mit dem förmlichen Grundsatzbeschlusses, dass das neue Management-Konzept eingeführt werden soll, schafft die Geschäftsführung im Sin-

ne einer Top-down-Planung Klarheit darüber, was sie konkret will. Sie formuliert die Ziele, die mittels des besseren Management-Konzepts realisiert werden sollen, und legt dem Grunde nach fest, was sie von ihren Mitarbeitern künftig im Sinne des Managements der sozialen Verantwortung erwartet.

Mit dem Grundsatzbeschluss verfügt die Geschäftsführung eine sorgfältige Standortbestimmung. Sie macht die Notwendigkeit und die Dringlichkeit des Wandelns deutlich (Kotter, S. 55ff.). Sie verweist dabei auf die Ergebnisse einer aktuellen, die Stakeholder-Analyse allerdings nicht umfassenden, Umweltanalyse und auf die darin erkennbaren Chancen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Krankenhauses. Sie belegt mit den Ergebnissen einer aktuellen Unternehmensanalyse, dass das Krankenhaus nicht darauf vorbereitet ist, diese Chancen wahrzunehmen.

Wenn damit der Nachweis für die Dringlichkeit der Veränderung nicht erbracht werden kann – weil die Selbstzufriedenheit der Verantwortungsträger mit ihrer gegenwärtigen Situation zu hoch ist –, werden – eventuell in einem Begleitdokument zu dem Grundsatzbeschluss – Maßnahmen festgelegt, deren Realisierung geeignet ist, das Bewusstsein für die Dringlichkeit des Wandelns zu steigern (s. Beispiel 1 – weitere Beispiele dazu siehe bei Kotter, S. 67).

Beispiel 1

Die Geschäftsführung eines Krankenhauses verfügt das Eliminieren sichtbarer Beispiele für Verschwendung:

- die große Flotte sehr aufwändiger Dienstfahrzeuge wird abgeschafft,
- das Großgerät, das vorwiegend der Befriedigung des Egos des Leiters einer klinischen Abteilung dient und bei weitem nicht ausgelastet sein wird, wird nicht beschafft, und
- die Leiter verschiedener klinischer Abteilungen werden verpflichtet, vorhandene Ressourcen gemeinsam zu nutzen.

Die Geschäftsführung beauftragt das Projektmanagement, das den Prozess der Einführung des Managements der sozialen Verantwortung im Detail plant und steuert.

Mit diesem Grundsatzbeschluss sollte ein Arbeitsklima geschaffen werden können, in dem Freude an der Wahrnehmung sozialer Verantwortung begründet wird. Das wird erreicht, indem glaubhaft gemacht wird, dass künftig von allen Verantwortungsträgern des Krankenhauses verlangt und dass es ihnen aber auch ermöglicht wird, unternehmerische Entscheidungen an den Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung auszurichten.

8.2.2 Organisation des Veränderungsprozesses

Wie jeder Veränderungsprozess bedarf auch die Umstellung des Krankenhauses auf das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung einer straffen Organisation. Von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Installation eines professionellen Projektmanagements und die Verpflichtung eines Projektverantwortlichens, der der Geschäftsführung direkt berichtet.

Hinsichtlich der Einzelheiten zu der Organisationsentwicklung wird auf die zahlreiche Spezialliteratur verwiesen. Nur so viel an dieser Stelle:

Um ein so ambitioniertes Projekt wie die Einführung eines neuen Management-Konzepts schultern zu können, bedarf die Geschäftsführung der Unterstützung durch geeignete Macht-Promotoren. Diese haben die Aufgabe, zusammen mit der Geschäftsführung für das Management der sozialen Verantwortung zu werben und dem neuen Management-Konzept damit zur nachhaltigen Wirksamkeit zu verhelfen. Zu diesen Macht-Promotoren zählen im Regelfall die Mitglieder der Leitungsebene, die der Ebene der Geschäftsführung unmittelbar nachgeordnet ist. Zu den Macht-Promotoren zählen auch die Personalvertretungen. Wichtig ist, dass die genannten Führungskräfte und die Mitglieder der Personalvertretung möglichst ohne Ausnahme bereit sind, das neue Unternehmensleitbild zu akzeptieren und zu praktizieren. Beide Gruppen werden dadurch gewonnen, indem mit ihnen gemeinsam die Eckdaten für das neue Management-Konzept, die Gegenstand des Grundsatzbeschlusses sind, entwickelt werden.

Zusätzlich zu diesen mehr repräsentativ wirkenden Macht-Promotoren benötigt die Geschäftsführung – zumindest in größeren Unternehmen – ein Führungsteam, das ihr hilft, den Wandel inhaltlich vorzubereiten und anschließend zu realisieren (Kotter, S. 75ff.). Die richtige Zusammensetzung dieses Teams ist für die erfolg-

reiche Realisierung des Veränderungsprozesses von zentraler Bedeutung (Kotter, S. 83):

- Es bedarf mindestens eines Mitgliedes, das bei den potenziellen Macht-Promotoren die notwendige Autorität genießt, um diese gemeinsam mit der Geschäftsführung davon überzeugen zu können, möglichst vollständig und gemeinsam im Sinne der Geschäftsführung zu agieren.
- Die Mitglieder des Führungsteams verfügen über die sozialen Kompetenzen, um die Verantwortungsträger motivieren zu können, sich an dem Veränderungsprozess aktiv zu beteiligen.
- Das Führungsteam verfügt über die Sachkenntnis, um die notwendigen Entscheidungen sachgerecht vorbereiten oder selbst fällen zu können.
- Die Mitglieder des Führungsteams genießen innerhalb des Unternehmens großes Vertrauen und können auf dieser Grundlage alle Verantwortungsträger von der Vorteilhaftigkeit des Managements der sozialen Verantwortung überzeugen. Sie dienen als Ansprechpartner für alle Verantwortungsträger.

Die Umstellung von dem bisherigen auf das bessere Management-Konzept wird in jedem Krankenhaus, und zwar unabhängig von der konkreten Ausgangssituation, mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite ist es – um die Mitarbeiter von der Vorteilhaftigkeit des neuen Management-Konzepts überzeugen zu können – wichtig, dass möglichst rasch die ersten Erfolge vorzeigbar sind. Es empfiehlt sich deshalb, den Veränderungsprozess in Teilprozesse mit jeweils einem eindeutig definierten und für sich alleine nutzbaren Ergebnis zu zerlegen. Der eine oder andere Teilprozess sollte möglichst rasch umgesetzt werden (können) (s. Beispiel).

Beispiel

Die Geschäftsführung erlässt – als Teil umfassender Personalmanagement-Grundsätze – eine neue Richtlinie für die Durchführung der Personalbedarfsbestimmung. Sie legt darin fest, dass die Mitarbeiter der Leistungsbereiche in dem als Gegenstromverfahren organisierten Prozess zu dem für sie relevanten Entwurf der Personalbedarfsbestimmung mindestens gehört werden, bevor die sie betreffenden Entscheidungen gefällt werden, und dass – wenn deren Anregungen nicht berücksichtigt werden (können) – dieses von dem Entscheidungsträger plausibel begründet wird. Das Ergebnis der Personalbedarfsbestimmung für jeweils einen Leistungsbereich wird im Rahmen einer Zielvereinbarung zwischen der Geschäftsführung und dem für den Leistungsbereich Verantwortlichen verbindlich gemacht.

Die Richtlinie lässt erkennen, welchen Anforderungen die Verantwortungsträger künftig genügen müssen, um mit diesem Planungsinstrument umgehen zu können. Sie nennt Maßnahmen der Personalentwicklung, mit deren Hilfe sich die Verantwortungsträger auf das Umsetzen der Richtlinie vorbereiten können.

Wenn der Prozess der Personalbedarfsermittlung wie skizziert organisiert wird, ist er durch mehrere Grundpostulate geleitet:

- Unter anderem werden die Interessen der Betroffenen – das sind vor allem die Patienten, die Führungskräfte, die Mitarbeiter sowie auch der Eigentümer und die Krankenkassen – berücksichtigt.
- Die Personalausstattung ist das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung zwischen der Geschäftsführung und den Betroffenen.
- Der Prozess genügt der Begründungspflicht.

Das Erarbeiten einer solchen Richtlinie nimmt nicht viel Zeit in Anspruch; die Geschäftsführung kann mit deren Umsetzen die Verantwortungsträger rasch von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugen.

8.2.3 Das Wandeln endgültig beschließen – mit der Umstellung beginnen

Mit dem endgültigen Umstellungsbeschluss wird festgelegt, welche Maßnahmen realisiert werden müssen, damit die Verantwortungsträger Verantwortung ohne Einschränkung wahrnehmen können. Die Analyse der Ausgangssituation (= Standortbestimmung) – sie ist Gegenstand der Kapitel 8.3 und 8.4 – liefert die dafür notwendigen Informationen.

Als Ergebnis einer Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis (s. Abb. 4 und Kap. 8.3) zeigt sie, welche Stakeholder wegen ihrer Beiträge für das Krankenhaus und wegen der Stärke ihres Einflusses wie bedeutsam für das Krankenhaus sind und welche Anliegen in Abhängigkeit davon es mittels unternehmerischer Entscheidungen zu befriedigen gilt. Es wird deutlich, mit welchem Gewicht die Stakeholder-Bedürfnisse bei Entscheidungen berücksichtigt werden sollten.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Unternehmensanalyse (s. Abb. 5 und Kap. 8.4) lässt sich feststellen, wie wichtig den Verantwortungsträgern das Praktizieren der Goldenen Regel aktuell

ist und ob überhaupt und inwieweit den Anforderungen, die in Kapitel 6 (der institutionelle Rahmen für die Wahrnehmung von Verantwortung) und Kapitel 7 (die Unterstützung der Verantwortungsträger bei der Wahrnehmung von Verantwortung) erörtert worden sind (= Soll-Zustand), bereits entsprochen wird (= Ist-Zustand). Möglicherweise bestehen noch Differenzen zwischen dem als Basis für die Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung angestrebten Soll-Zustand und dem Ist-Zustand, die Gestaltung einiger zentraler Teilfunktionen betrieblicher Leitungstätigkeit, die Organisation der Leitungstätigkeit, die Gestaltung der Entscheidungsprozesse sowie die Unterstützung der Verantwortungsträger bei der Wahrnehmu≠ng von Verantwortung betreffend. Der endgültige Beschluss greift diese Defizite auf und benennt die Maßnahmen, die erforderlichenfalls umgesetzt werden müssen, um eventuell existierende und die Wahrnehmung von Verantwortung behindernde Barrieren beseitigen zu können und den Akteuren im Krankenhaus sozial verantwortliches Handeln nachhaltig zu ermöglichen.

Die Standortbestimmung liefert die Gründe für die Dringlichkeit der Umstellung auf das neue Management-Konzept – oder anders gesagt: sie dient dem Abbau der Zufriedenheit mit einem eventuell unzureichenden Ist-Zustand und bereitet damit den Boden für die notwendigen Änderungen. Vor allem das unvoreingenommene Gespräch mit den externen Stakeholdern lässt die Notwendigkeit und die Art personeller und institutioneller Veränderungen sowie deren Dringlichkeit deutlich werden (Kotter, S. 74).

Sobald die Ergebnisse der Standortbestimmung vorliegen, werden

- die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eines den Prinzipien der Goldenen Regel verpflichteten Unternehmensleitbildes, dessen Formulierung und Diffusion.
- das Identifizieren und das Veranlassen der Maßnahmen, die dem Schaffen der organisationalen Voraussetzungen für das Wahrnehmen von Verantwortung dienen und
- das Identifizieren und das Veranlassen der Maßnahmen, die notwendig sind, um die Verantwortungsträger des Krankenhauses von der Nützlichkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugen und in den Stand versetzen zu können, dieses auch zu praktizieren

beauftragt.

! Aufbauend auf den Ergebnissen der Umwelt- und der Unternehmensanalyse wird die Umstellung nunmehr endgültig in Gang gesetzt. Einen Weg zurück gibt es jetzt nicht mehr.

8.3 Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis

8.3.1 Überblick und Einführung

Stakeholder gehen Koalitionen mit Krankenhäusern ein, weil sie sich davon die Befriedigung bestimmter Bedürfnisse versprechen. Koalitionen werden auch deshalb eingegangen, weil Interessenten eigene Beiträge zur Realisierung der Unternehmensziele leisten wollen (Staehle, S. 431). Welche der möglicherweise sehr vielen Stakeholder, die eine Befriedigung ihrer Bedürfnisse erwarten, mit welchen Bedürfnissen bei Entscheidungen der Verantwortungsträger berücksichtigt werden sollen, wird als Ergebnis der Umweltanalyse festgestellt.

Diese wird in zwei Schritten durchgeführt:

1. Auswahl der weiter zu berücksichtigenden Stakeholder (s. Kap. 8.3.2)
   Das Ergebnis dieses Analyse-Schrittes ist die Bedeutung der Stakeholder für das Krankenhaus. Anhand dieser erfolgt die Auswahl der Stakeholder aus einer möglicherweise größeren Zahl relevanter Stakeholder, die bei dem nächsten Analyse-Schritt berücksichtigt werden soll.
   Die Auswahl erfolgt anhand zweier Kriterien:
   - Zunächst wird geprüft, wie wichtig dem Krankenhaus die von den Stakeholdern zu erwartenden Beiträge sind und welche weiteren Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und diesen Stakeholdern von dem Verantwortungsträger gegebenenfalls zu beachten sind. Die Ergebnisse werden je Stakeholder in einer Kennzahl „Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge“ zusammengefasst.
   - Des Weiteren wird festgestellt, welcher Art und wie stark der Einfluss ist, den die Stakeholder zwecks Durchsetzen ihrer Anliegen geltend machen können. Die Ergebnisse werden je Stakeholder in einer Kennzahl „Stärke des Stakeholder-Einflusses“ festgehalten.

- Die beiden Kennzahlen werden zu einer Kennzahl „Bedeutung des Stakeholders“ kombiniert.

2. Auswahl der zu berücksichtigenden Stakeholder-Bedürfnisse (Kap. 8.3.3).
   Die Umweltanalyse wird fortgesetzt mit der Identifizierung und Analyse der Anliegen der im ersten Analyse-Schritt ausgewählten Stakeholder. Diese werden bewertet, um entscheiden zu können, welche Bedürfnisse mit welchem Gewicht bei den Entscheidungen der Verantwortungsträger berücksichtigt werden sollen.

Es kommt darauf an, dass die Geschäftsführung und die Verantwortungsträger bei der Sammlung der für die Durchführung dieses Auswahlprozesses erforderlichen Informationen unvoreingenommen und offen agieren. Nicht selten bereiten aber der Geschäftsführung sowie deren Mitarbeitern die Identifizierung der Stakeholder, deren Charakterisierung und schließlich die Analyse und Bewertung der Stakeholder-Anliegen und -Beiträge in der Praxis große Schwierigkeiten. Häufig sehen sich die Verantwortungsträger im Krankenhaus auf Grund ihrer Rolle ausschließlich für die Befriedigung der Patienten-, der Mitarbeiter- und der Eigentümerbedürfnisse verantwortlich und nehmen deshalb andere Stakeholder und vor allem deren Anliegen und deren Möglichkeiten, unternehmerische Entscheidungen zu beeinflussen, nicht wahr. Die Unternehmen konzentrieren sich nicht selten nur auf die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse (PWC, S. 3).

Dies liegt vor allem daran, dass es für die Geschäftsführung und insbesondere für die Vertreter der Leitungsebene unterhalb der Geschäftsführungs-Ebene (wie z.B. für Chefärzte und für Leitende Pflegekräfte) ungewohnt ist, das Unternehmen von außen zu sehen und sich in die Lage derer zu versetzen, die von ihren Entscheidungen betroffen sind. Die leitenden Mitarbeiter vor allem die des ärztlichen, des Pflege-Dienstes und die der para-medizinischen Dienste sehen im Regelfall – weil sie nur dieses während ihrer Ausbildung und in der daran anschließenden Praxis gelernt haben – ausschließlich die Anliegen der Patienten und vielleicht noch die ihrer Mitarbeiter.

Von der Geschäftsführung werden häufig nur noch jene Tatbestände, die krankenhausintern mit den Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozessen unmittelbar im Zusammenhang stehen, als betrachtungswürdig angesehen. Andere Tatbestände werden – nicht selten als Ergebnis einer eher eingeschränkten Sichtweise und die Folgen für das Krankenhaus nicht bedenkend – als für den Betrieb des Krankenhauses nicht relevant identifiziert und deshalb ausgegrenzt (s. Beispiel 1).

Beispiel 1

Ein Krankenhaus ist darauf angewiesen, dass in seiner unmittelbaren Nachbarschaft Handwerks- und Dienstleistungsunternehmen angesiedelt sind, die im Bedarfsfall jederzeit und schnell zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich meist um kleinere und mittelständische Unternehmen, die für ihre Leistungen auf Grund ihrer Kostenstruktur nicht selten höhere Preise verlangen müssen als große (Konzern-)Unternehmen, die meist aber sehr viel schneller als die großen Dienstleister und Lieferanten einsatzfähig sind.

Nicht wenige Krankenhaus-Geschäftsführungen zählen die Existenzsicherung der zuerst genannten Unternehmen nicht zu ihren Aufgaben und sind deshalb auch nicht bereit, einen Preisaufschlag zu akzeptieren. Wenn deshalb ein solches Unternehmen vom Markt verschwinden muss, wirkt sich dieses möglicherweise nachteilig auf die Qualität und die Sicherheit der Patientenbehandlung aus.

Die Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis ist auch deshalb so wichtig, weil die Gestaltung der personellen und institutionellen Voraussetzungen für die angemessene Berücksichtigung der Stakeholder-Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen entscheidend von der Art der zu berücksichtigenden Stakeholder, deren Anliegen und deren Möglichkeiten des Einflusses auf das Verantwortungsträger-Handeln abhängt (s. Beispiel 2).

Beispiel 2

Wenn die Personalbedarfsermittlung ausschließlich auf die Befriedigung der Eigentümer-Bedürfnisse ausgerichtet werden müsste, dann wäre die Organisation des Prozesses der Personalbedarfsermittlung vernünftigerweise eine andere als die weiter oben beispielhaft skizziert. Das eher zeitaufwändige Gegenstromverfahren könnte durch eine sehr viel weniger aufwändige Top-down-Planung ersetzt werden.

Die Analysten sollten sich auf jene Stakeholder und Stakeholder-Anliegen konzentrieren, von denen angenommen werden kann, dass deren

Verbindung zu dem Krankenhaus nicht nur spontaner, sondern dauerhafter Natur ist. Die notwendige und meist sehr aufwändige Analyse der Stakeholder und ihrer Anliegen sowie deren Gewichtung und die Bewertung der Stakeholder-Bedürfnisse als Basis für das nachhaltige Praktizieren der Goldenen Regel lässt sich nur dann rechtfertigen, wenn die Analyse-Ergebnisse zumindest mittelfristig Bestand haben können.

8.3.2 Auswahl der zu berücksichtigenden Stakeholder

Identifizierung der Stakeholder

Es sollte zunächst ein möglichst umfassender Katalog von zu berücksichtigenden Stakeholdern erstellt werden. Darin sollten auch jene Stakeholder einbezogen werden, die auf den ersten Blick für das Krankenhaus und/oder einzelne seiner Leistungsbereiche vielleicht nicht relevant sind. An der Erarbeitung der Stakeholder-Liste sollten möglichst alle Verantwortungsträger beteiligt werden, um der Gefahr entgehen zu können, dass der eine oder andere Stakeholder, der zu den Betroffenen unternehmerischer Entscheidungen zählt, übersehen wird.

Das Identifizieren der Adressaten von Verantwortung ist ein äußerst komplexer Vorgang. Die Lösung dieses Problems wird etwas vereinfacht, wenn man die Umwelt, in der die Stakeholder verortet sind, zunächst in Sektoren aufteilt (s. Tab. 22) (Göbel 1992, S. 147ff.). Die Identifizierung der Stakeholder in diesen Sektoren wird einzelnen Experten – so z.B. die der Stakeholder innerhalb des Sektors „Kapital-/Geldgeber" dem Leiter der Finanzabteilung – zugewiesen. Die Gefahr, dass relevante Stakeholder übersehen werden, wird damit geringer.

Die Umwelt des Krankenhauses könnte – ausgehend von der Zusammenstellung der Stakehol-

Tab. 22 Umweltsektoren und Stakeholder (Beispiele)

Umweltsektoren und Stakeholder			
Staat und Öffentlichkeit	**Patienten**	**Arbeitnehmer**	**Kapital-/Geldgeber**
Ministerien andere Behörden Verbände Kammern Parteien Medien Anrainer Kirchen ...	Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung Patienten der Privaten Krankenversicherung selbstzahlende Patienten potenzielle Patienten	vorhandene Mitarbeiter, gegebenenfalls gegliedert nach diversen Kriterien Führungskräfte Chefärzte potenzielle Mitarbeiter Auszubildende Praktikanten Personalvertretung ...	Eigentümer Ministerium (Fördergelder) Banken Krankenkassen Sponsoren ...
Kapital-/Geldgeber	**andere Kunden**	**Wettbewerber**	**Lieferanten**
Eigentümer Ministerium (Fördergelder) Banken Krankenkassen Sponsoren ...	Angehörige Besucher einweisende Ärzte Selbsthilfegruppen Anbieter, die medizinische Leistungen der Diagnostik (wie z.B. Befunde der Laboratoriumsmedizin) und anderes mehr anbieten ...	andere Krankenhäuser sonstige Anbieter medizinischer Leistungen ...	Warenlieferanten unter anderem für Arzneimittel und sonstige Medizinalprodukte, medizin-technische Geräte Dienstleister Beratungsunternehmen ...

der in Tabelle 4 – beispielsweise und als Ausschnitt wie folgt gegliedert werden (s. Tab. 22) (Straub, S. 25).

Die Bedeutung der Stakeholder für das Krankenhaus

Um am Ende des Analyseprozesses die (wenigen) Stakeholder auswählen zu können, die als relevant für den folgenden Analyse-Schritt angesehen werden und deren Berücksichtigung im Rahmen des Konzepts der sozialen Verantwortung bewältigt werden kann, ist die Feststellung der Bedeutung der Stakeholder für das Krankenhaus erforderlich. Diese wird von zwei Faktoren beeinflusst:
- von der Wichtigkeit der Beiträge, die Stakeholder als Basis für die Realisierung der Krankenhausziele leisten, und
- von der Art und der Stärke des Einflusses, mit dem die Stakeholder die Befriedigung ihrer Bedürfnisse geltend machen.

Bei der Ermittlung der Stakeholder-Bedeutung muss darauf geachtet werden, dass bei nicht wenigen Stakeholdern die beiden Einflussfaktoren gemeinsam – z.B. als Leistung des Krankenhauses und als Gegenleistung des Stakeholders – wirken (s. Abb. 32).

a) Die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge für das Krankenhaus

Es gibt eine Vielzahl von Individuen und Institutionen, die aus unterschiedlichen Gründen ein Interesse an der Sicherung der langfristigen Existenz, der Weiterentwicklung sowie an der Steigerung der Qualität der Krankenhausleistungen und der Effizienz der Leistungserstellung haben (Cyert; March, S. 27ff.; Staehle, S. 427 und die dort angegebene Literatur). Sie versuchen deshalb, mit Anregungen und Initiativen die Entscheidungen der Geschäftsführung in diesem Sinne zu beeinflussen. Sie erwarten – gewissermaßen als Gegenleistung –, dass ihren Bedürfnissen durch unternehmerisches Handeln Rechnung getragen wird.

Auch für die Identifizierung der Stakeholder-Beiträge gilt, dass als Grundlage für die weiteren Analyse-Schritte eine möglichst vollständige Liste erstellt wird. In diese Liste sollten auch solche Beiträge aufgenommen werden, von denen zunächst nicht sicher ist, ob sie für die Ermittlung der Stakeholder-Bedeutung wirklich relevant sind. Fragen allgemeiner Art, wie sie im ersten Teil der folgenden Checkliste beispielhaft formuliert sind, können für die Erarbeitung einer möglichst vollständigen Liste von Stakeholder-Beiträgen eine Hilfe sein.

Checkliste für die Analyse der Stakeholder-Beiträge (Ausschnitt)

Fragen nach zu erwartenden Stakeholder-Beiträgen allgemeiner Art

- Welche Beiträge leisten die Interessenten, die geeignet sind, die Realisierung der von der Geschäftsführung verfolgten Ziele zu unterstützen, gegebenenfalls auch zu unterlaufen?
- Mit welchen Anregungen und Initiativen versuchen Stakeholder, Einfluss zu nehmen auf die Gestaltung und die Realisierung der Unternehmensziele?
- …

Stakeholder/Stakeholder-Beiträge

Patient
- Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung entrichten Krankenkassenbeiträge, die von den Krankenkassen genutzt werden, um für die Patienten die der Art der Behandlungen entsprechenden Fallpauschalen zu entrichten;
- selbst zahlende Patienten entrichtet die Fallpauschale für die in Anspruch genommene Leistung;
- Patient empfiehlt das Krankenhaus weiter;
- …

Niedergelassene Ärzte
- weisen die von ihnen ambulant behandelten Patienten bei Bedarf in das Krankenhaus zur stationären Weiterbehandlung ein;
- erarbeiten zusammen mit den Ärzten des Krankenhauses Behandlungsleitlinien für ausgewählte Krankheitsarten, die die ambulante sowie die stationäre Behandlung umfassen;
- …

Mitarbeiter und Führungskräfte
- stellen ihre Arbeitskraft, ihre Fähigkeiten und Kenntnisse dem Krankenhaus zur Verfügung;
- sind zu besonderen Anstrengungen bereit, um die Qualität und die Effizienz der Behandlungs-, Support- und Betriebsführungsprozesse kontinuierlich weiter verbessern zu können;
- entwickeln Behandlungsmethoden weiter und tragen damit zu der Steigerung des Krankenhaus-Images bei;
- halten Kontakt unter anderem zu Unternehmen der Pharma- und der Medizintechnikindustrie, um mit die-

sen gemeinsam Entwicklungsarbeiten durchführen zu können;
- repräsentieren das Krankenhaus bei Berufsverbänden, Kammern, Kongressen usw. und tragen auch auf diese Weise zur Verbesserung des Krankenhaus-Images und des Images ihrer Berufsgruppe bei;
- halten Kontakt zu Ausbildungsstätten (unter anderem zu Universitäten, Hochschulen und Krankenpflegeschulen) und helfen damit bei der Suche nach qualifizierten und motivierten Mitarbeitern;
- beteiligen sich an der Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses und tragen damit zur Steigerung des Bekanntheitsgrades des Krankenhauses bei;
- erbringen ihre Leistungen auf der Grundlage moralischer Prinzipien – wie z.B. Menschenwürde, Freiheit, Solidarität, Vermeiden von Verschwendung;
- sind gegenüber dem Patienten und dem Arbeitgeber loyal;
- ...

Krankenkassen
- stellen die finanziellen Ressourcen zur Verfügung, die zur Deckung der durch die Behandlung der Patienten verursachten Kosten benötigt werden;
- ...

Eigentümer
- überlassen das für die finanzielle Sicherung des Krankenhauses notwendige Kapital;
- unterstützen das Schaffen leistungsfähiger Managementstrukturen;
- ...

Außer der Wichtigkeit der Beiträge, die Stakeholder für die Realisierung der Krankenhausziele leisten wollen, sind für die Feststellung der Bedeutung der Stakeholder für das Krankenhaus die Bedingungen und die Art der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Stakeholder von Interesse. Fragen zu diesen Aspekten der Stakeholder-Wichtigkeit sind beispielhaft Gegenstand des folgenden Abschnitts.

Bedingungen und Art der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Stakeholder

Fragen nach den Bedingungen und der Art der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Stakeholder

- Welcher Allokationsebene sind die Stakeholder zuzuordnen und auf welcher formalen Basis können sie ihren Einfluss geltend machen? Wie ist die Stärke der Stakeholder einzuschätzen?
- Welche kurz-, mittel- und langfristigen Ziele verfolgen die Stakeholder?
- Welche Werte und Motive stecken hinter diesen Zielen?
- Mit welchen Strategien versuchen die Stakeholder, die Ziele umzusetzen?
- Gibt es Beziehungen zwischen Stakeholdern und Verantwortungsträgern und welcher Art sind diese?
- Wie verhalten sich die verschiedenen Stakeholder zueinander? Bilden sie ihrerseits Koalitionen, um sich gegenseitig zu unterstützen, oder stehen sie eher in Konkurrenz zueinander und schwächen damit ihren Einfluss?
- Sind die Stakeholder zufrieden oder eher unzufrieden mit dem unternehmerischen Handeln der Geschäftsführung?
- ...

b) Art und Stärke des Einflusses der Stakeholder auf unternehmerische Entscheidungen

Grundlage für die Feststellung der Art und der Stärke des Einflusses, mit dem die Stakeholder die Berücksichtigung ihrer Anliegen geltend machen (können), ist deren Zuordnung zu einer der drei Allokationsebenen und zu einer der formalen Grundlagen (rechtlicher, vertraglicher, finanzieller und/oder politischer Art) für das Geltendmachen der Anliegen (s. Tab. 10).

c) Ergebnis

Anhand der bisher gesammelten Informationen lassen sich die Stakeholder einer der vier Gruppen A–D zuordnen (s. Abb. 47):
- **Gruppe A**: Ausgehend von der formalen Grundlage, auf der die Stakeholder ihre Anliegen geltend machen können, und deren Zuordnung zu einer der Allokationsebenen ist deren Einfluss sehr hoch. Die Beiträge der Stakeholder sind für das Krankenhaus von existenzieller Wichtigkeit. Die Geschäftsführung wird es deshalb schwer haben, den Anliegen der Stakeholder nicht zu entsprechen.
- **Gruppe B**: Die Stärke des Einflusses der Stakeholder ist identisch mit dem der Gruppe A. Die Stakeholder-Beiträge sind für das Krankenhaus von weniger großer Wichtigkeit.
- **Gruppe C**: Das Krankenhaus muss bei seinen Entscheidungen weniger Rücksicht nehmen auf eventuelle Reaktionen der Stakeholder für den Fall, dass deren Anliegen nicht ausreichend oder gar nicht berücksichtigt werden. Allerdings sind die Beiträge dieser Stakeholder für das Realisieren der Krankenhaus-Ziele von ebensolcher Wichtigkeit wie die der Beiträge der der Gruppe A zugeordneten Stakeholder.

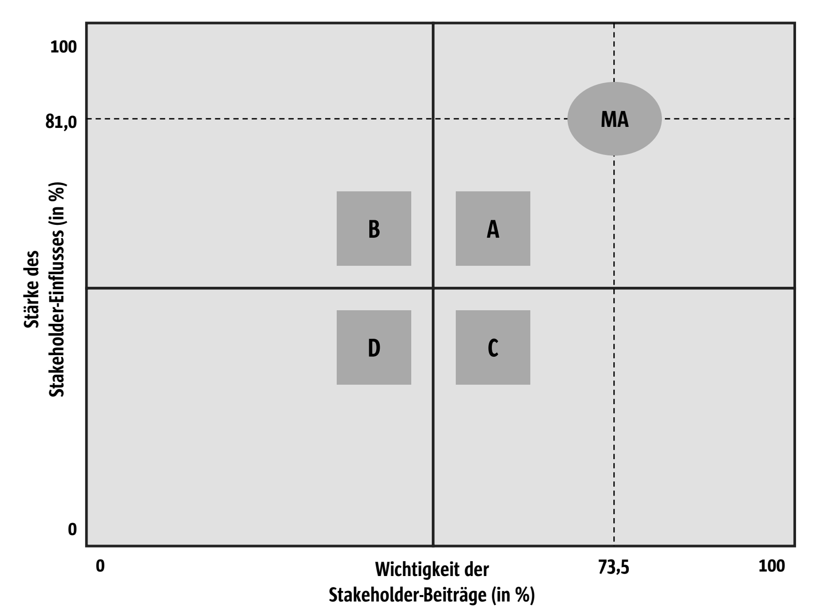


Abb. 47 Bedeutung der Stakeholder (mit Beispiel)

- **Gruppe D**: Die Stakeholder, die dieser Gruppe zugeordnet werden müssen, haben wenig Einfluss auf das Geschehen im Krankenhaus. Ihre Beiträge sind von weniger großer Wichtigkeit für dessen weitere Entwicklung.

Wenn ein Stakeholder der Gruppe A zugeordnet wird, verlangt die Zusammenarbeit mit diesem eine besondere Aufmerksamkeit. Die Entscheidungen, von deren Ergebnis dieser Stakeholder betroffen ist, werden sorgfältig vorbereitet. Bei nur kleinen Abweichungen von den Vorstellungen, die der Stakeholder von der Befriedigung seiner Bedürfnisse hat, muss nämlich damit gerechnet werden, dass der Stakeholder seinen starken Einfluss geltend machen wird, um eine Korrektur der Entscheidung in seinem Sinne zu erreichen. Die Beiträge, die der Stakeholder für das Krankenhaus leistet, sind zu wichtig, als dass sich das Krankenhaus eine Verschlechterung des Klimas der Zusammenarbeit leisten will. Bei einem der Gruppe D zugeordneten Stakeholder wird man dagegen – wenn er überhaupt bei unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt wird – weniger Aufwand in die Vorbereitung einer Entscheidung investieren, die diesen Stakeholder betrifft.

Die Zuordnung der Stakeholder zu jeweils einer der Gruppen A bis D reicht allein noch nicht aus, um entscheiden zu können, welche der in die Analyse einbezogenen Stakeholder mit ihren Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollen. Möglicherweise sind es mehr Stakeholder mit einer hohen Bedeutung als im nächsten Analyseschritt vernünftigerweise in Betracht gezogen werden können. Es bedarf also einer Auswahl-Entscheidung und es bedarf vor allem der Regeln, anhand derer diese Entscheidung gefällt wird.

Folgende Alternativen bieten sich an:

- Eine sehr einfache Lösung dieses Auswahl-Problems könnte darin bestehen festzulegen, dass entweder nur die Stakeholder berücksichtig werden, die der Gruppe A zugeordnet werden können, oder dass alle Stakeholder mit Ausnahme jener, die der Gruppe D zugeordnet werden, in Betracht kommen.
- Eine solche Lösung lässt sich deshalb vertreten, weil mit der Zuordnung der Stakeholder zu einer der vier Gruppen eine Aussage über deren Bedeutung für das Krankenhaus vorliegt.
- Eine etwas differenziertere Lösung des Auswahl-Problems besteht darin, die Kennzahlen „Stärke des Stakeholder-Einflusses“ und „Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge“ ge-

wichtet zu einer Gesamt-Kennzahl „Bedeutung des Stakeholders“ zusammenzufassen.

d) Beispiel

Die Zuordnung eines Stakeholders in eines der Felder A – D in Abbildung 47 erfolgt nach folgendem Vorgehensmodell (dargestellt am Beispiel eines Krankenhaus-Mitarbeiters – [MA]):

Beispiel

Ein Mitarbeiter verhandelt mit seinem Vorgesetzten über die künftige Gestaltung seines Arbeitsplatzes. Bevor sich der Vorgesetzte mit seinem Mitarbeiter zu einem abschließenden Gespräch trifft, ermittelt er die Bedeutung des Mitarbeiters für den Leistungsbereich, in dem der Mitarbeiter tätig ist, und für das Krankenhaus insgesamt wie folgt:

1. Zunächst wählt der Vorgesetzte die Bewertungskriterien aus (s. Tab. 23 und 24), mit deren Hilfe die Wichtigkeit der von dem Stakeholder zu erwartenden Beiträge und die Stärke des Stakeholder-Einflusses dem Grunde nach zum Ausdruck gebracht werden.
2. Danach legt er fest, mit welchem relativen Gewicht die Bewertungskriterien bei der Ermittlung der Wichtigkeit der von dem Stakeholder zu erwartenden Beiträge und der Stärke des Stakeholder-Einflusses berücksichtigt werden sollen (Spalte 1 der Tabellen 23 und 24).
   Mit dem relativen Gewicht von 45 für den Einfluss durch die „Situation auf dem Arbeitsmarkt“ (in Tab. 23) bringt derjenige, der die Bewertung vornimmt, zum Ausdruck, dass dieses Bewertungskriterium besondere Aufmerksamkeit verdient.
3. Mit den Punkten von 1 bis 10 in jeweils der Spalte 2 der Tabellen 23 und 24 wird der Stakeholder in Bezug auf die Bewertungskriterien beurteilt. Der Punkt-Wert 1 bedeutet, dass der Stakeholder das Bewertungskriterium nicht erfüllt. 10 Punkte werden dann vergeben, wenn der Stakeholder das Bewertungskriterium voll erfüllt.
   Die 10 Punkte in Tabelle 23 für die „Unterstützung durch Patienten“ bedeuten, dass der Einfluss des Mitarbeiters deshalb besonders hoch ist, weil die Patienten gegenüber den Verantwortungsträgern zum Ausdruck bringen, dass sie nur wegen der exzellenten Behandlung durch den Mitarbeiter dieses und nicht ein anderes Krankenhaus konsultieren.
4. Durch Multiplikation des relativen Gewichtes (Spalte 1) mit den Punkten (Spalte 2) und Addition der Produkte (Spalte 3) über alle Bewertungskriterien wird der Wert des Einflusses der Stakeholder bzw. die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge ermittelt und in das Verhältnis zu der maximal erreichbaren Zahl der Punkte (= Summe der relativen Gewichte x Summe der maximal erreichbaren Zahl der Punkte = 1.000) gesetzt. Der Mitarbeiter erreicht damit 81,0% der maximal erreichbaren Stärke seines Einflusses auf die Entscheidungen seines Vorgesetzten; die Wichtigkeit seiner Beiträge werden mit 73,5% bewertet (s. Abb. 47).
5. Die Stärke des Stakeholder-Einflusses und die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge werden zu einer Gesamt-Kennzahl „Bedeutung des Stakeholders“ (s. Tab. 25) zusammengefasst, indem die aus den Spalten 3 der Tabellen 23 und 24 übernommenen Summe Punkte (Spalte 2 in Tab. 25) mit den Relativ-Gewichten (Spalte 1 in Tab. 25) für die Stärke des Stakeholder-Einflusses (z.B. mit 60) und für die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge (z.B. mit 40) multipliziert werden.

Tab. 23 Stärke des Stakeholder-Einflusses – am Beispiel Mitarbeiter

Bewertungskriterien	relatives Gewicht	Punkte (1–10)	Summe
	Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3 = Sp. 1 x Sp. 2
Arbeitsvertrag	10	7,5	75
Unterstützung durch Patienten	10	10	100
Unterstützung durch den Vorgesetzten	20	10	200
Situation auf dem Arbeitsmarkt	45	8	360
Unterstützung durch Personalvertretung	15	5	75
...			
Summe	**100**	**[40,5]**	**810**

Tab. 24 Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge – am Beispiel Mitarbeiter

Bewertungskriterien	relatives Gewicht	Punkte (1–10)	Summe
	Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3 = Sp. 1 x Sp. 2
Beitrag zur Sicherung der Existenz des Krankenhauses	25	3	75
Ruf des Krankenhauses	20	7	140
Qualität der Behandlung	50	10	500
Rekrutierung von Privatpatienten	5	4	20
...			
Summe	**100**	**[24]**	**735**

Ergebnis

Der Mitarbeiter leitet seine Einfluss-Stärke (s. Tab. 23) von den Inhalten seines derzeitigen Arbeitsvertrages, von der Fürsprache der von ihm behandelten Patienten und der seiner Vorgesetzten, hauptsächlich aber von der Arbeitsmarktsituation ab. Auf Grund seines hervorragenden Rufes, der wenigen auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Bewerber mit einer vergleichbaren Qualifikation und der großen Nachfrage nach diesen wird die Einfluss-Stärke mit 81% ermittelt.

Der Mitarbeiter wird vor allem wegen seines Beitrages zur Behandlungsqualität geschätzt (s. Tab. 24). Von 1000 maximal möglichen Wichtigkeits-Punkten erreicht der Mitarbeiter 735.

Der Mitarbeiter ist deshalb der Gruppe A zuzuordnen (s. Abb. 47). Er hat damit große Chancen, seine Vorstellungen durchsetzen zu können.

Die für die beiden Kennzahlen ermittelten Punkte werden zwecks des Vergleichs der Bedeutung des Mitarbeiters mit der Bedeutung anderer Mitarbeiter unter Berücksichtigung eines Gewichtes von 60 für die Kennzahl „Stärke des Stakeholder-Einflusses“ und 40 für die Kennzahl „Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge“ zu einer Gesamt-Kennzahl mit 78.000 Punkten zusammengefasst (s. Tab. 25).

8.3.3 Auswahl der zu berücksichtigenden Stakeholder-Bedürfnisse

Identifizierung und Analyse der Stakeholder-Bedürfnisse

Erst nach der Reduzierung der Stakeholder auf die für das Krankenhaus relevanten empfiehlt sich die Analyse der Stakeholder-Anliegen. Nachfolgend werden diese im Detail (beispielhaft) dargestellt.

Checkliste für die Analyse der Stakeholder-Bedürfnisse (Ausschnitt)

Stakeholder/Stakeholder-Bedürfnisse

Patienten erwarten ...
- die Leistungen des Krankenhauses zwecks Erhalten bzw. Wiederherstellen ihrer Gesundheit in der bestmöglichen Behandlungs- und Servicequalität;
- die kurzfristige Befriedigung ihrer Behandlungs- und Sicherheitsbedürfnisse; gegebenenfalls nehmen sie Fürsprecher in Anspruch, um – wenn das gewünschte Krankenhaus stark frequentiert ist – dennoch möglichst rasch aufgenommen zu werden;

Tab. 25 Gesamt-Kennzahl „Bedeutung eines Stakeholders“ – am Beispiel Mitarbeiter

Kennzahlen	relatives Gewicht	Summe Punkte	Bedeutung des Stakeholders
	Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3 = Sp. 1 x Sp. 2
Stärke des Stakeholder-Einflusses	60	810	48.600
Wichtigkeit der Stakeholder	40	735	29.400
Summe	**100**	**[1.545]**	**78.000**

- die Respektierung ihrer Individualität;
- die Berücksichtigung ihrer Wünsche und ihrer Lebensumstände;
- die Beteiligung an Entscheidungen, die Diagnostik und Therapie betreffend;
- das Einbinden in die Behandlung und in die Pflege;
- die Einweisung durch einen Haus- oder Facharzt;
- dass Ärzte, denen sie ihre Gesundheit und ihr Leben anvertrauen, das Gesundheitsproblem bestmöglich lösen und jegliche andere Interessen – wie z.B. wissenschaftlicher und/oder finanzieller Art – hintanstellen (Klemperer, S. 2100);
- ….

Niedergelassene Ärzte erwarten …
- im Bedarfsfall die zeitgerechte Aufnahme ihres Patienten – gegebenenfalls ohne Wartezeit – in die stationäre Behandlung;
- fortlaufende Information – gegebenenfalls durch die Teilnahme an den Visiten – über den Fortgang der Behandlung ihrer Patienten;
- zeitnah mit der Entlassung des von ihnen eingewiesenen Patienten aus der stationären Behandlung den Erhalt des Arztbriefes, der alle für die eventuell notwendige ambulante Weiterbehandlung und/oder für die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erforderlichen Informationen enthält;
- …

Mitarbeiter erwarten …
- die Unterstützung durch den Arbeitgeber zur Bewältigung des Konflikts, der entstehen kann, weil der Arbeitgeber einerseits einen Beitrag zur Realisierung der Unternehmensziele erwartet, der Mitarbeiter sich aber vor allem als Agent der ihm anvertrauten Patienten versteht;
- die Bereitstellung jener Ressourcen, um Patienten bestmöglich versorgen zu können;
- Arbeitsbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihrer Verantwortung gegenüber den Patienten und gegenüber dem Krankenhaus nachzukommen;
- Arbeitsbedingungen, die es ihnen ermöglichen, auch mit zunehmendem Alter noch die von ihnen geforderten Leistungen möglichst ohne altersbedingte Einschränkung erbringen zu können;
- möglichst dauerhaft die Befriedigung unter anderem von Sicherheits-, Zugehörigkeits-, Wertschätzungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnissen;
- einen partizipativen Führungsstil als Grundlage für die Realisierung der genannten Ziele;
- gegebenenfalls die Unterstützung durch die Personalvertretung;
- …

Führungskräfte[62] erwarten …
- die Bereitstellung eines Führungskonzepts und darin eingebettet die Führungsinstrumente, die es ihnen ermöglichen, ihrer Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitern nachzukommen;
- Arbeitsbedingungen, die es ihnen als leitenden Ärzten ermöglichen, Privatpatienten zu behandeln;
- …

Krankenkassen erwarten …
- ein möglichst hohes Maß an Behandlungs- und Servicequalität als Grundlage für die Behandlung der bei ihnen versicherten Patienten;
- im Interesse ihrer Versicherten ein befriedigendes Preis-Leistungs-Verhältnis für das Hervorbringen der Leistungen des Krankenhauses;
- …

Eigentümer erwarten …
- Sicherheit des eingesetzten Kapitals und dessen angemessene Verzinsung;
- finanzielle Sicherung des Krankenhauses als Grundlage für die dauerhafte Realisierung der Versorgungs- und Leistungsverträge durch das Krankenhaus;
- Entwicklung von Unternehmenszielen mittel- und langfristiger Art durch die Geschäftsführung;
- Einfluss auf die Gestaltung und Realisierung der strategischen Unternehmensziele über die formal zuständigen Gremien (wie z.B. Aufsichtsrat);
- den Einsatz eines professionellen Managements;
- Implementierung eines Qualitätsmanagement- und Organisationsentwicklungs-Konzepts;
- …

Bewertung der Stakeholder-Bedürfnisse

Wenn die Anliegen der Stakeholder identifiziert und auch genauer beschrieben worden sind, gilt es die Anliegen zu bewerten. Bewerten im Sinne einer Umweltanalyse heißt: Untersuchen, welche Chancen und Risiken sich für das Unternehmen angesichts der Befriedigung oder Nicht-Befriedigung der zu beobachtenden Bedürfnisse der Stakeholder ergeben.

Anhand eines Beispiels soll dieser Vorgang verdeutlicht werden. Dabei wird auf eines der

62 Führungskräfte sind – bis auf die Mitglieder der Geschäftsführung – immer auch Mitarbeiter. Deshalb werden hier nur jene Bedürfnisse genannt, die sie auf Grund ihrer Führungskräfte-Funktion zusätzlich zu den Mitarbeiter-Bedürfnissen geltend machen.

im Textabschnitt Checkliste für die Analyse der Stakeholder-Bedürfnisse ausgewiesenen Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestellt.

Beispiel

Bedürfnis der Mitarbeiter
Mitarbeiter erhoffen für sich persönlich die möglichst dauerhafte Befriedigung unter anderem von Sicherheitsbedürfnissen.

Eine genauere Analyse hat ergeben: Die Mitarbeiter verstehen unter Sicherheit unter anderem auch das sichere Bewältigenkönnen der ihnen übertragenen Aufgaben. Sie legen deshalb Wert darauf, dass die von ihnen zu realisierenden Ziele zwischen dem Vorgesetzten und den Mitarbeitern vereinbart werden (= Führen mit Zielvereinbarungen). Sie erwarten, dass auf der Basis einer solchen Vorgehensweise nur solche Ziele mit ihnen vereinbart werden, deren Realisierung von ihnen bewältigt werden kann.

Bewertung
Die Befriedigung dieses Bedürfnisses löst Chancen und Risiken, die Nicht-Befriedigung allerdings nur Risiken aus (s. Tab. 26).

Wenn angenommen werden kann, dass sich die Befriedigung des in dem Beispiel verwendeten Mitarbeiter-Anliegens auf das Maß der Zufriedenheit der vorhandenen Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation und auf das Ansehen des Krankenhauses als Arbeitgeber (= Magnet-Hospital) auswirkt, dann lässt sich dieses mittels folgender Indikatoren messen (s. Spalte 4 in Tab. 27).

Tab. 26 Bewertung der Stakeholder-Bedürfnisse (Beispiel)

Sicherheitsbedürfnis		
	Bedürfnis-Befriedigung	**Nicht-Bedürfnis-Befriedigung**
Chancen	Wenn die Geschäftsführung diesem Wunsch der Mitarbeiter nachkommen will, erhöht dieses deren Arbeits-Zufriedenheit mit der Folge, dass die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringung und damit auch die finanzielle Situation des Krankenhauses verbessert werden (können). Das Krankenhaus entwickelt das Führen mit Zielvereinbarungen zu einem Alleinstellungsmerkmal. Als Magnet-Hospital wirkt es auf Patienten wie auf potenzielle Mitarbeiter gleichermaßen anziehend. Vorhandene Mitarbeiter lassen sich an das Krankenhaus binden; das Rekrutieren neuer Mitarbeiter wird unterstützt.	…
Risiken	Führen mittels Zielvereinbarungen setzt voraus, dass die Führungskräfte dafür gewonnen werden können, mit diesem Instrument zu arbeiten. Die Vorgesetzten werden gegebenenfalls in die Lage versetzt, dieses Instrument sachgerecht anzuwenden. Wenn diese Voraussetzungen nicht realisiert werden können und die eine oder andere Führungskraft nur so tut als ob und damit die guten Absichten der Geschäftsführung konterkariert, wird der Ruf des Krankenhauses als Arbeitgeber eher schlechter als wenn man es bei dem bisherigen Zustand belassen hätte; das Risiko, qualifizierte Mitarbeiter nicht mehr in ausreichender Zahl rekrutieren zu können, steigt.	Wenn das Krankenhaus darauf verzichtet, ein zeitgemäßes Führungskonzept zu realisieren, das unter anderem das Führen mit Zielvereinbarungen als Führungsinstrument vorsieht, dann muss es angesichts der sich abzeichnenden Arbeitsmarkt-Entwicklungen damit rechnen, ausreichend qualifizierte und motivierte Mitarbeiter nicht mehr in bedarfsgerechter Zahl rekrutieren zu können.

Tab. 27 Beispiel für das Messen der Folgen der Befriedigung eines Mitarbeiter-Bedürfnisses (Ausschnitt)

Mitarbeiter-Bedürfnis	Anforderungen an das Personalmanagement	Folgen der Bedürfnis-Befriedigung (Erfolgskriterien)	Indikatoren (Beispiele)
1	2	3	4
Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit im Sinne des sach- und zeitgerechten Bewältigenkönnens der den Mitarbeitern übertragenen Aufgaben	Das Bedürfnis nach Sicherheit wird durch die Personalführung mittels Zielvereinbarungen befriedigt. Zwischen dem Mitarbeiter und der für ihn verantwortlichen Führungskraft werden nur solche Ziele vereinbart, die von dem Mitarbeiter erfolgreich realisiert werden können.	Krankenhaus entwickelt sich zu einem Magnet-Hospital: ■ vorhandene Mitarbeiter sind mit ihrer Arbeitssituation zufrieden und werden deshalb über eine längere Zeit an den Arbeitgeber gebunden;	■ Dauer der Betriebszugehörigkeit ■ Fluktuationsrate ■ Krankenstand ■ Anzahl der Bewerber je ausgeschriebene Stelle aus dem internen Arbeitsmarkt ■ …
		■ das Rekrutieren neuer Mitarbeiter wird unterstützt	■ Anzahl der Bewerber je ausgeschriebene Stelle ■ sach- und zeitgerechte Besetzung einer freien Stelle ■ Anteil der Bewerber, die zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen werden ■ …

8.3.4 Zusammenfassung

Die Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis wird in zwei Schritten durchgeführt:

1. Aus der großen Zahl von Stakeholdern werden diejenigen ausgewählt, deren Bedürfnisse bei unternehmerischen Entscheidungen der Krankenhaus-Verantwortungsträger – soweit diese als legitim akzeptiert werden – berücksichtigt werden sollen. Als Auswahlkriterien kommt einerseits die Wichtigkeit der von den Stakeholdern zu erwartenden Beiträge für die Realisierung der Unternehmensziele in Betracht. Zum zweiten sind es die Art und die Stärke des Einflusses, den Stakeholder geltend machen können, um zu erreichen, dass ihre Bedürfnisse bei Entscheidungen der Krankenhaus-Verantwortungsträger angemessen berücksichtigt werden.
   Die hier vorgestellte Methode gestattet es, die ausgewählten Stakeholder hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Krankenhaus zu vergleichen. Unter anderem lässt sich aus diesem Vergleich ableiten, mit welchem Gewicht die Stakeholder-Bedürfnisse bei Entscheidungen berücksichtigt werden.
2. Die Bedürfnisse der ausgewählten Stakeholder werden identifiziert und bewertet, indem die Chancen und Risiken dargestellt werden, die sich für das Krankenhaus im Falle der Befriedigung bzw. der Nicht-Befriedigung der Stakeholder-Anliegen ergeben. Anhand des Bewertungsergebnisses kann entschieden werden, welche Bedürfnisse mit welchem Gewicht – dieses ergibt sich allerdings erst aus dem Vergleich der Ergebnisse der Stakeholder-Bedürfnis-Bewertungen – bei Entscheidungen berücksichtigt werden.

Mit der Präsentation eines Vorgehensmodells für die Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis wird deutlich, dass die besondere Stärke der verwendeten Analyse-Instrumente darin zu sehen ist, dass sie

- eine gute, weil Transparenz schaffende Basis für den Dialog zwischen den Verantwortungsträgern und den von deren Entscheidungen betroffenen und
- detaillierte Begründungen für die zu fällenden Entscheidungen

liefern.

Was die vorgestellten Analyse-Instrumente aber nicht leisten können: Sie können den Dialog zwischen den erwähnten Partnern nicht ersetzen.

8.4 Unternehmensanalyse

8.4.1 Einführung

In der Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis geht es darum festzustellen, welche für das Krankenhaus relevanten Stakeholder es gibt, was diese Stakeholder von dem Krankenhaus erwarten, mit welchen Beiträgen diese sich an der Realisierung der Ziele des Krankenhauses beteiligen wollen und welchen Einfluss sie auf das Handeln im Krankenhaus ausüben können. Das Ergebnis der Unternehmensanalyse zeigt dagegen die Stärken und die Schwächen des Unternehmens in Bezug auf die Wahrnehmung von Verantwortung. Es gibt Antworten auf die Fragen,

- wie wichtig den Verantwortungsträgern die Berücksichtigung von Stakeholder-Bedürfnissen bei ihren Entscheidungen ist und
- wie die institutionellen und personellen Voraussetzungen für sozial verantwortliches Handeln in dem Krankenhaus beschaffen sind.

8.4.2 Berücksichtigung der Stakeholder-Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen

Der nächste Schritt der Standortbestimmung besteht also in der Beantwortung der Frage, ob überhaupt und mit welchem Gewicht die Verantwortungsträger die Bedürfnisse der Stakeholder bei Entscheidungen berücksichtigen. In dem Fragebogen in nachfolgendem Abschnitt werden (in Anlehnung unter anderem an Göbel 1992, S. 210ff.; Paul Gerhardt Diakonie e.V., S. 5ff.; DRK Kliniken Berlin, S. 7ff.) beispielhaft Fragen gestellt, deren rückhaltlose Beantwortung Aufschluss über das Verständnis der Verantwortungsträger im Krankenhaus zu sozial verantwortlichem Handeln und über den Umgang des Krankenhauses mit den Stakeholder-Anliegen gibt. In den Fragebogen werden Stakeholder-Anliegen einbezogen, wie sie an mehreren anderen Stellen dieser Untersuchung – unter anderem im Textabschnitt Checkliste für die Analyse der Stakeholder-Bedürfnisse (Ausschnitt) – schon erörtert worden sind.

Die Anliegen einzelner Stakeholder sind möglicherweise sehr zahlreich und vielfältig, so dass die Beantwortung der erwähnten Fragen – unabhängig davon, wie diese organisiert wird – ein Unternehmen längere Zeit lahm legen kann. Es empfiehlt sich deshalb, die Bedürfnisse dieser Stakeholder jeweils in Bedürfnis-Gruppen zusammen zu fassen und die Bedürfnis-Gruppen nach Wichtigkeiten zu ordnen; die Stärken-Schwächen-Analyse für die Bedürfnis-Gruppen wird entsprechend der Wichtigkeitsverteilung auf einer Zeitachse angeordnet.

Dem im Folgenden dargestellten Fragebogen wird beispielhaft und nicht für alle bisher jeweils in die Betrachtungen einbezogenen Stakeholder eine solche Gruppierung zu Grunde gelegt.

Checkliste für die Unternehmensanalyse (Ausschnitt)

**Stakeholder/Stakeholder-Bedürfnis-Gruppen/
Fragen zu deren Befriedigung**

Patient

*Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen
(in qualitativer, zeitlicher und örtlicher Hinsicht)*

- Bieten wir die in unserem Einzugsgebiet von vielen Menschen nachgefragten Leistungen an?
- Stellen wir sicher, dass Patienten uneingeschränkt Zugang in unser Krankenhaus haben und qualifiziert untersucht werden können?
- Gibt es Vereinbarungen mit anderen Krankenhäusern, damit sichergestellt ist, dass die Patienten, die bei uns nicht behandelt werden können, von dort unverzüglich übernommen werden können?
- Stellen wir sicher, dass die Behandlung der Patienten nach dem jeweils neuesten Stand der medizinischen Forschung erfolgt?
- Werden Patienten, mit denen ein Behandlungstermin vereinbart worden ist, entsprechend dem vereinbarten Termin und ohne Wartezeit behandelt?
- …

Behandlungsqualität

- Erfolgt bei uns die Behandlung auf der Grundlage ebmgestützter Behandlungsleitlinien?
- Verfügen wir über ein leistungsfähiges Fehlermanagement zwecks Minimierung der Behandlungsrisiken?
- Werden Beschwerden unverzüglich bearbeitet?
- Werden die Patienten über die Art ihrer Erkrankung und die vom Arzt geplante Behandlung und deren Erfolgsaussichten ausführlich aufgeklärt?
- …

Zuwendung

- Sprechen wir den Patienten als unverwechselbare Persönlichkeit mit Körper, Seele und Geist an?
- Ist menschliche Zuwendung unter Beachtung der Würde des Menschen für uns selbstverständlich?

- Respektieren wir die Würde und die Individualität unserer Patienten unabhängig von Herkunft, Religion und sozialem Status?
- Ist unser Verhalten gegenüber den Patienten frei von sachfremden Interessenverflechtungen und Abhängigkeiten?
- ...

Ethikkomitee (Steinkamp; Gordijn, S. 175)
- Haben wir ein Forum zur sozialen Auseinandersetzung mit Fragen zu der Patienten-Behandlung?
- Ist gewährleistet, dass soziale Empfehlungen als Grundlagen von Leitlinien entwickelt und durch die dafür zuständigen Gremien verbindlich gemacht werden können?
- Sind die Voraussetzungen für soziale Fallbesprechungen geschaffen?
- ...

Mitarbeiter (Oldham; Janson; Purdy, S. 57–71)

Mitarbeiter als Agent der Patienten
- Ist sichergestellt, dass Mitarbeiter uneingeschränkt loyal gegenüber den Patienten sein können?
- Ist gewährleistet, dass Mitarbeiter allein im Interesse der Patienten handeln können?
- Lassen die Arbeitsbedingungen es zu, dass die Mitarbeiter die Patienten nach ebm-gestützten Leitlinien behandeln können?
- ...

Selbstverwirklichungsbedürfnis
- Ist der Arbeitsplatz so gestaltet, dass er die Eigenverantwortung der Mitarbeiter stärkt?
- Ist gewährleistet, dass der Mitarbeiter ein abgeschlossenes Arbeitsstück abliefern kann?
- Ist der Arbeitsplatz so gestaltet, dass ein bedeutsamer Nutzen für andere innerhalb und/oder außerhalb des Unternehmens dem Inhaber des Arbeitsplatzes eindeutig zugeordnet werden kann?
- Unterstützen wir mit unserer Personalentwicklung die qualifizierte Aufgabenwahrnehmung, den systematischen Ausbau der Fähigkeiten unserer Mitarbeiter und deren Identifikation mit ihren Aufgaben und mit unserem Unternehmen?
- ...

Wertschätzungsbedürfnisse
- Wird geleistete Arbeit durch die Vorgesetzten anerkannt?
- Werden unsere Mitarbeiter zunächst als „Lösungsfaktor“ und weniger als „Kostenfaktor“ gesehen und behandelt?
- Werden die Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten im Sinne eines partizipativen Führungsstils in das Vorbereiten und das Fällen von Entscheidungen einbezogen?
- Besteht für die Mitarbeiter die Chance, im Unternehmen Karriere zu machen?
- Werden die Mitarbeiter bei der Wahrnehmung ihrer Karriere-Chancen außerhalb des Krankenhauses unterstützt?
- Erhalten die Mitarbeiter eine Information über das Ergebnis ihrer Arbeit?
- Werden die Mitarbeiter über alle betrieblichen Vorgänge ausreichend und zeitnah unterrichtet?
- ...

Soziale Bedürfnisse
- Werden unsere Führungskräfte ihrer Vorbildfunktion gerecht?
- Wird der Wunsch unserer Mitarbeiter, Mitglied einer Gruppe (wie z.B. einer Station, einer Abteilung, des Krankenhauses) zu sein, erfüllt?
- Werden unsere Mitarbeiter in ihrer Entwicklung gefördert?
- Können sich unsere Mitarbeiter auf ihre Vorgesetzte/Kollegen verlassen?
- Werden Probleme offen angesprochen?
- Werden Fehler eher personalisiert oder vor allem als Lernchance begriffen?
- ...

Sicherheitsbedürfnisse
- Ist die Personalpolitik auf eine Sicherung der Arbeitsplätze ausgerichtet?
- Ist der Arbeitsplatz gesundheitsfördernd gestaltet?
- Sind die Löhne und Gehälter leistungsgerecht und sichern sie die Finanzierung einer angemessenen Lebensführung?
- Ist der Arbeitsplatz so gestaltet, dass unsere Mitarbeiter die mit ihnen vereinbarten Ziele im Regelfall erreichen können?
- ...

Führungskräfte

Führungskonzept
- Ist sichergestellt, dass das Unternehmen über eine zeitgemäße und die spezifischen kulturellen und Produktionsbedingungen des Krankenhauses berücksichtigende Führungsorganisation verfügt?
- Stehen den Führungskräften zeitgemäße Instrumente der Personalführung zur Verfügung?
- Werden Personalführungsinstrumente – wie z.B. „Führen mit Zielvereinbarungen“ und „Mitarbeiterorientierungsgespräch“ – genutzt?

- Werden den Führungskräften erforderlichenfalls Hilfen angeboten, damit sie ihre Führungskompetenz ausbauen können?
- ...

Führungsgrundsätze

- Gibt es einen Katalog von Führungsgrundsätzen, die unter Beteiligung der Mitarbeiter entwickelt worden sind?
- Sind die Führungsgrundsätze unter Berücksichtigung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung erarbeitet worden?
- ...

Eigentümer

Sicherung des zur Verfügung gestellten Kapitals

- Gehen wir unkalkulierbare Risiken ein?
- Verwenden wir die Gewinne der Erlöse über die Kosten gemäß der betrieblichen Satzung?
- Setzen wir das Kapital sicher und Ertrag bringend ein?
- Haben wir ein Konzept des Risk Managements und setzen wir dieses um?
- ...

Führungskonzept (Eiff, v., S. 66)

- Konnten wir den Eigentümer davon überzeugen, dass wir ein geeignetes Führungskonzept haben und dass dieses gemäß den sich ändernden internen und externen Herausforderungen so weiterentwickelt wird, dass den Interessen des Eigentümers entsprochen werden kann?
- Ist das Führungskonzept auf unsere Unternehmenskultur zugeschnitten und steht die realisierte Führungstechnik und das gelebte Führungsverhalten im Einklang mit unserem Führungskonzept, sodass das Umsetzen der Unternehmensziele gewährleistet werden kann?
- ...

Qualifikation der Geschäftsführung

- Gibt es Programme zur weiteren Professionalisierung unseres Managements als Voraussetzung für die Wahrnehmung komplexer Führungsaufgaben?
- ...

Die Beantwortung der Fragen wird möglicherweise einen mehr oder weniger umfangreichen Maßnahmen-Katalog zur Folge haben. Dessen Abarbeitung wird – je nachdem, welche Ressourcen zur Erledigung dieser Aufgabe bereit gestellt werden können – einen mehr oder weniger langen Zeitraum in Anspruch nehmen. Es empfiehlt sich deshalb, die Maßnahmen mit den Betroffenen gemeinsam zu priorisieren (s. Grundpostulate: „Berücksichtigung der Interessen Betroffener", „Förderung der argumentativen, dialogischen Verständigung" und eventuell anderer), um möglichst rasch die ersten Ergebnisse präsentieren und damit das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen zu können.

8.4.3 Eignung der organisatorischen Grundstruktur?

Die Beantwortung der Fragen im Abschnitt Checkliste für die Unternehmensanalyse (Ausschnitt) lässt noch nicht erkennen, welches die Gründe für die möglicherweise nicht sachgerechte Berücksichtigung der Stakeholder-Anliegen bei unternehmerischen Entscheidungen sind. Dazu bedarf es weiterer Analysen. Die erste davon geht der Frage nach, ob die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, um die Geschäftsführung sowie alle übrigen Verantwortungsträger dabei zu unterstützen, die ihnen zugewiesene Verantwortung erfolgreich wahrnehmen zu können. Dabei werden in den weiteren Ausführungen unter Unternehmensstruktur die Leitungsstruktur des Krankenhauses und der Prozess der betrieblichen Leitungsentscheidung verstanden.

Die Anforderungen an die Leitungsstruktur des Krankenhauses und an die Gestaltung des Prozesses betrieblicher Leitungsentscheidungen werden in den Kapiteln 6.4, 6.5 und 7.4.2 ausführlich, wenn auch nur beispielhaft, dargestellt. Bei der Prüfung, ob die gegebene organisatorische Grundstruktur des Krankenhauses geeignet ist, sozial verantwortliches Handeln zu unterstützen oder ob es organisationale Barrieren gibt, die die Umsetzung von Verantwortung behindern, kann auf die dort ausgewiesenen Normen zurück gegriffen werden. Auf eine erneute Darstellung in diesem Kapitel kann verzichtet werden.

8.4.4 Eignung der Verantwortungsträger?

Ein weiterer Grund für das unzureichende Umsetzen der Goldenen Regel kann darin bestehen, dass die Verantwortungsträger entweder nicht wissen, was es heißt, Verantwortung wahrzunehmen, oder dass sie von der Nützlichkeit – auch für sich selbst –, sozial verantwortlich zu handeln, nicht überzeugt sind. Die Führungskräfte sind deshalb

aufgerufen, sich von den Fähigkeiten und von der Einstellung ihrer Mitarbeiter, das Wahrnehmen von Verantwortung betreffend, zu überzeugen. Ein Ansatz zur Analyse der eventuell vorhandenen Fähigkeits- und/oder Wollen-Defizite besteht in dem Vergleich des für Verantwortungsträger relevanten Anforderungsprofils (s. Tab. 19) mit deren Fähigkeiten (s. Abb. 48).

Wenn die Führungskräfte feststellen, dass ihre Mitarbeiter Fähigkeits-, möglicherweise auch Wollen-Defizite hinsichtlich des Wahrnehmens von Verantwortung haben, schließen sich analog zu der Mehrstufigkeit des Controllings zwei Maßnahmen an:

- Zu der Analyse der Gründe für das unzureichende Wahrnehmen von Verantwortung zählt die Überprüfung der bisher verwendeten Personalbeschaffungs-, Personalentwicklungs- und Personalführungsprogramme sowie die der geltenden Anreizsysteme (in Anlehnung Kreikebaum, S. 277) daraufhin, ob sie geeignet sind, personelle Barrieren, die der Umsetzung des Konzepts des Managements der sozialen Verantwortung im Wege stehen, zu überwinden. Die Anforderungen, die an eine das Wollen und das Können des Realisierens des neuen Unternehmensleitbildes unterstützende Personalarbeit zu stellen sind und anhand derer analysiert werden kann, ob die personellen Voraussetzungen für das Realisieren des Managements der sozialen Verantwortung gegeben sind, werden in den Kapiteln 7.2 und 7.3 und vor allem im Kapitel 6.4.3, Personalarbeit, im Detail, aber nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit, beschrieben. Auf diese Normen kann zum Zwecke der Prüfung der Eignung der Verantwortungsträger und der Analyse einer eventuell festgestellten unzureichenden Eignung zurückgegriffen werden.
- Wenn festgestellt wird, dass die Verantwortungsträger nicht entsprechend der Goldenen Regel handeln, muss auch danach gefragt werden, ob Veränderungen in der Handlungssituation des Krankenhausmanagements zu diesem Defizit beigetragen haben.

Beispiel

Es gibt in der jüngsten Vergangenheit immer mehr Krankenhäuser, die vakante Stellen für Ärzte nicht oder nicht zeitgerecht und qualifiziert besetzen können. Die in die-

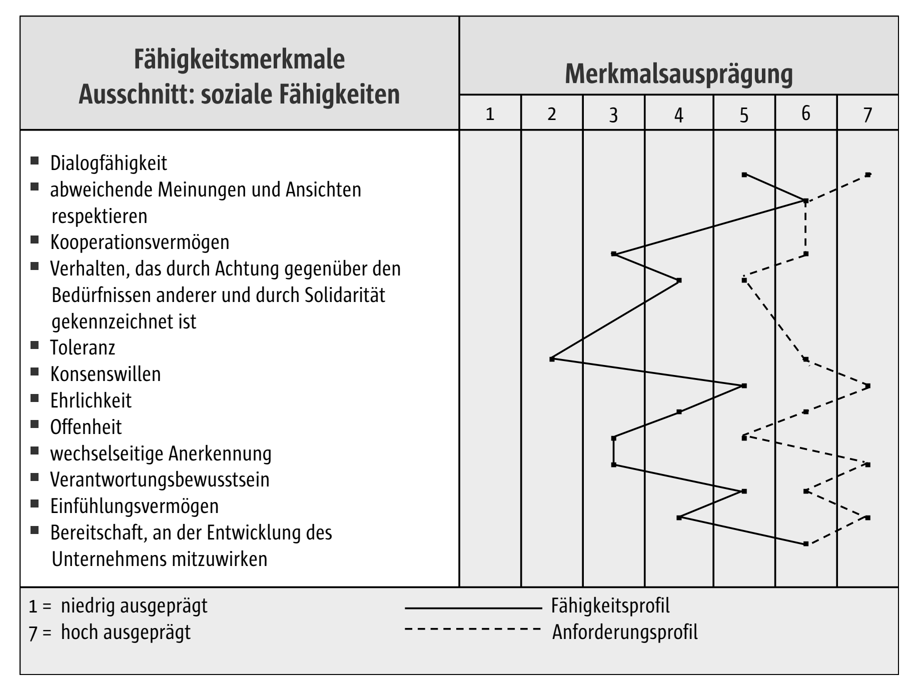


Abb. 48 Fähigkeitsprofil eines Verantwortungsträgers (Ausschnitt)

sen Krankenhäusern für die Patientenbehandlung verantwortlichen können deshalb die Bedürfnisse der Patienten und/oder die der Mitarbeiter möglicherweise nur eingeschränkt befriedigen.

Ausgehend von den festgestellten Fähigkeits- und Wollen-Defizite werden – ein ausreichendes Entwicklungspotenzial vorausgesetzt – geeignete Entwicklungsmaßnahmen geplant und realisiert (Näheres zu den Zielen und Instrumenten der Einstellungsentwicklung und der Fähigkeitsentwicklung s. Kap. 7.3.3 und 7.4.1).

8.5 Verantwortung konkretisieren

Damit das Umsetzen des Managements der sozialen Verantwortung sich nicht in – häufig nicht sehr wirkungsvollen – Appellen an das Verantwortungsbewusstsein der Verantwortungsträger erschöpft und die Basis zur Verfügung steht, mittels derer das Realisieren des neuen Management-Konzepts evaluiert werden kann (Oppenrieder, S. 2), werden Normen benötigt, anhand derer sozial verantwortliches Handeln sich ausrichtet (Berkel; Herzog, S. 88).

Mit „Verantwortung konkretisieren“ wird der Prozess verstanden, der zu diesen Normen führt. Dieser Prozess wird auf zwei Ebenen realisiert:

1. Das Ergebnis des Normenfindungsprozesses ist das Unternehmensleitbild. Mit den dort ausgewiesenen Normen teilt die Geschäftsführung den Verantwortungsträgern im Krankenhaus mit, welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind.
   Das Unternehmensleitbild basiert auf dem in dem Krankenhaus gelebten Wertesystem, also auf den Einstellungen, die die Verantwortungsträger zum Beispiel hinsichtlich des Umgangs der Beschäftigten im Krankenhaus untereinander sowie zu den Patienten und deren Angehörigen und zu anderen Stakeholdern für wünschenswert halten.
   Der Prozess der Formulierung des Unternehmensleitbildes, die Entwicklung der Normen also, die das Handeln der Verantwortungsträger in einem Krankenhaus leiten, erfolgt unter Berücksichtigung von Kriterien und Regeln, die unter dem Begriff „Grundpostulate“ zusammengefasst werden.
2. Die Konkretisierung der Verantwortung setzt deshalb zunächst die Entwicklung der Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung und des Werte- und Normensystems voraus.

Damit die Grundpostulate und das Wertesystem die Gunst derer finden können, deren Handeln durch sie geleitet werden soll, bietet es sich an, sie unter Verwendung einiger der Grundpostulate gewissermaßen als Mega-Regeln zu entwickeln:

1. So sollten die Interessen derer, deren Handeln durch die Normen des Unternehmensleitbildes und damit mittelbar auch durch die Grundpostulate maßgeblich bestimmt wird, in angemessener Weise berücksichtigt werden.
2. Sie sollten das Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung mit den Betroffenen gemäß Ziffer 1. sein.
3. Die Geschäftsführung sollte als Grundlage für die Entwicklung der Grundpostulate und des Wertesystems ein Arbeitsklima schaffen, das die Mündigkeit der an der Entwicklung beteiligten fördert.
4. Nicht nur der Text der Grundpostulate und des Wertesystems, sondern auch deren Begründung sollten von allen, die an dem Entstehen der Grundpostulate beteiligt waren, einvernehmlich getragen werden.

Soweit das methodische Vorgehen im Überblick. Damit der angestrebte Konsens als rational im Sinne von einvernehmlich qualifiziert werden kann und als Ergebnis Verantwortung konkret und fassbar ist, muss die Argumentation der an dem Prozess beteiligten einige formale und inhaltliche Bedingungen erfüllen (Berkel; Herzog, S. 104f. und die dort genannte Literatur):

1. Die Diskussionsteilnehmer müssen bereit sein, ihre Meinung und Anliegen in Frage stellen zu lassen.
2. Sie müssen auf Appelle an nicht überprüfte Werte und Prinzipien verzichten.
3. Ebenso müssen die Diskussionsteilnehmer auf Sanktionen für die Zustimmung oder Ablehnung ihrer Argumentation verzichten.
4. Sie müssen imstande sein, gute Gründe, die Zustimmung erwarten lassen, vorzutragen.

8.6 Für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren

Es wäre im Regelfall falsch anzunehmen, die neuen Unternehmensgrundsätze würden von allen

Akteuren des Krankenhauses begierig aufgenommen und dauerhaft umgesetzt. Im Gegenteil: Die Geschäftsführung sowie die Führungskräfte müssen sich darauf einstellen, dass es im Einzelfall großer Anstrengungen bedarf, um die Mitarbeiter von der Notwendigkeit und der Zweckmäßigkeit des neuen Unternehmensleitbildes überzeugen zu können.

Diese Aussage steht im Übrigen nicht im Widerspruch zu der Annahme an anderer Stelle, die Mitarbeiter würden gerne sozial verantwortlich handeln, es fehle ihnen nur die einschlägige Unterstützung. Ein neues Unternehmensleitbild wird, auch wenn es dem skizzierten Wunsch der Mitarbeiter entgegenkommt, dennoch zunächst als Einengung gefühlt und deshalb mit Skepsis aufgenommen. Das liegt vor allem an der Forderung der Geschäftsführung, die Werte und Normen des Unternehmensleitbildes konsequent und ohne Ausnahme zur Grundlage des täglichen Arbeitshandelns zu machen.

Selbst wenn es der Geschäftsführung gelingt, die institutionellen Voraussetzungen für das Praktizieren der Goldenen Regel zu schaffen, wenn die Mitarbeiter wissen, was von ihnen erwartet wird, und wenn diese notwendigenfalls einschlägig weitergebildet worden sind: Wenn es die Geschäftsführung nicht schafft, die Bereitschaft der Verantwortungsträger für verantwortungsbewusstes Handeln zu wecken, muss die Überleitung des bisher praktizierten, konventionellen in das bessere Management-Konzept scheitern. Weil die Lösung dieses Problems von so zentraler Bedeutung ist, soll dieses Thema – obwohl es bereits ausführlich in Kapitel 7.3 erörtert worden ist – noch einmal mit einigen zusätzlichen Aspekten aufgegriffen werden.

Das Sensibilisieren der Verantwortungsträger in allen Hierarchieebenen und Leistungsbereichen des Krankenhauses für sozial verantwortliches Handeln erfolgt auf drei Ebenen (in Anlehnung an Göbel 2006, S. 225):

- Die Geschäftsführung sowie die Führungskräften müssen lernen und akzeptieren, dass die Steuerungswirkung des Rechts und die Mechanismen des Marktes allein nicht ausreichend sind, um die als legitim akzeptierten Bedürfnisse der Stakeholder befriedigen zu können und um Konflikte zwischen Stakeholdern mit konkurrierenden Bedürfnissen zu lösen.
- Die Führungskräfte und die Mitarbeiter müssen lernen, dass es nicht genügt, ihre Entscheidungen auf der Grundlage einschlägiger rechtlicher Vorschriften zu fällen; dieses wird als Minimum von der Geschäftsführung erwartet. Die Grundpostulate des Managements der sozialen Verantwortung sind daneben wichtiger Bestandteil für das Vorbereiten und das Fällen sowie für das daran sich anschließende Umsetzen einer Entscheidung. Es muss die Bereitschaft der Führungskräfte und der Mitarbeiter entwickelt werden, die Grundidee der Goldenen Regel zu akzeptieren und anzuwenden.
- Den Führungskräften und den Mitarbeitern muss das Wissen vermittelt werden, zu erkennen, welche Folgen unternehmerische Entscheidungen haben können. Erforderlich sind Weitsicht und Voraussicht, also die Fähigkeit, die in naher oder fernerer Zukunft möglicherweise eintretenden Folgen abschätzen zu können.

! Für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren heißt also, die Verantwortungsträger dafür gewinnen, dass diese die ihnen zur Verfügung stehenden Freiheiten im Sinne der Goldenen Regel nutzen.

Nicht selten sind es Konflikte unterschiedlicher Art, die das Befassen mit dem Konzept des Managements der sozialen Verantwortung auslösen (Berkel; Herzog, S. 79f.; Kreikebaum, S. 220f.). Gemeinsam ist ihnen, dass ein Verantwortungsträger bei seinen Entscheidungen die Bedürfnisse eines Verantwortungs-Adressaten und die Folgen für den Betroffenen nicht angemessen berücksichtigt hat.

Die Identifizierung und die sorgfältige Analyse der Konflikte, die die Krankenhausarbeit begleiten, lassen erkennen, welche Stakeholder-Anliegen nicht angemessen berücksichtigt worden sind und welches die Gründe waren, die zu dem Entstehen der Konflikte beigetragen haben. Die Konflikt-Analyse liefert somit die Argumente, die von der Geschäftsführung benötigt werden, um die Krankenhaus-Akteure für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren und um deren Bereitschaft entwickeln zu können für das Begehen eines Weges, der viel Kraft kosten wird und der mit der Implementierung des besseren Management-Konzepts endet.

Im Folgenden werden einige Beispiele von Konfliktfeldern dargestellt. Dabei handelt es sich

um Konflikte, die anhand der Beantwortung der in der Checkliste für die Unternehmensanalyse (Ausschnitt) aufgelisteten Fragen deutlich werden könnten.

Beispiele von Konflikten (in Anlehnung an Dahm 1993, S. 6f.; Dahm 1994, S. 4 und Berkel; Herzog, S. 81)

Adressat der Verantwortung/Konflikt

Patient

- Die Unkenntnis der Patienten wird durch die Mitglieder des therapeutischen Teams unredlich ausgenutzt.
- Patienten werden Ressourcen vorenthalten.
- Es wird mit Methoden behandelt, deren Wirksamkeit noch nicht hinreichend getestet worden sind.
- Obwohl die stationäre Behandlung aus medizinischer Sicht angezeigt ist und freie Kapazitäten – quantitativer und qualitativer Art – vorhanden sind, werden Patienten nicht aufgenommen, sondern an ein anderes Krankenhaus verwiesen.
- ...

Mitarbeiter

- fehlende Glaubwürdigkeit der Führungskraft – Auseinanderfallen von Sagen und Tun,
- Missachtung der Mitarbeiter durch die Führungskraft,
- messen mit zweierlei Maß: die Führungskraft reklamiert für sich selbst das Recht auf die Befriedigung diverser Bedürfnisse, von den Mitarbeitern wird das Erfüllen von Pflichten eingefordert,
- für eine Kündigung werden Gründe konstruiert,
- im Falle einer betriebsbedingten Kündigung werden die Regeln für die Zuweisung von Mitarbeitern in den Kreis der zu kündigenden Mitarbeiter (= Sozialauswahl) mit einem hohen Maß an Willkür angewendet,
- die Personalausstattung der einzelnen Leistungsbereiche eines Krankenhauses ist das Ergebnis einer Topdown-Planung und für die Mitarbeiter nicht nachvollziehbar,
- ...

Eigentümer

- Unter Hinweis auf den Grundsatz der Vorsicht (§ 252 Abs. 1 Nr. 4 HGB) werden durch überhöhte Abschreibungen stille Reserven gebildet, die jedoch weder im Interesse der Gläubiger noch (wegen des damit verbundenen geringeren Gewinnausweises) der Eigentümer des Unternehmens sind.
- ...

8.7 Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen

8.7.1 Einführung

Abschließend geht es um die Beantwortung der Frage, was die Geschäftsführung tun kann, damit sozial verantwortliches Handeln dauerhaft zum Bestandteil des Krankenhaus-Alltags wird. Dafür stehen ihr mehrere Instrumente zur Verfügung, von denen einige in anderen Kapiteln dieses Buches bereits Thema waren. Dabei handelt es sich um die Realisierung einer angemessenen Unternehmensstruktur sowie um die Formulierung und die Diffusion eines Unternehmensleitbildes.

Zwei weitere, der Festigung des neuen Management-Konzepts dienende Instrumente sollen in den nächsten Kapiteln zum Thema gemacht werden:

1. Der Umgang mit Verantwortung wird zum Bereich und Gegenstand des Controllings gemacht (s. Kap. 8.7.2).
2. Einzelne Teile des neuen Management-Konzepts werden kurzfristig umgesetzt (s. Kap. 8.7.3)

8.7.2 Wahrnehmung von Verantwortung als Gegenstand des Controllings

Das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen heißt vor allem auch, sich immer wieder zu vergewissern, ob und wie die erwähnten Instrumente im Sinne der Goldenen Regel genutzt werden, gegebenenfalls auch geänderten Bedingungen angepasst werden müssen. Es bietet sich deshalb an, das in Kapitel 6.4.3, Controlling, beschriebene allgemeine Controlling um ein spezifisches „Verantwortungs-Controlling" zu erweitern. Dieses unterstützt die Geschäftsführung und die übrigen Verantwortungsträger dabei, das Management der sozialen Verantwortung dauerhaft wirksam werden zu lassen.

Die Aufgaben des Verantwortungs-Controllings sind mit denen des Ethikkomitees in Teilen identisch. Diese Aufgaben werden hier im Sinne des Verantwortungs-Controllings ergänzt und detailliert. Dabei werden drei Teilfunktionen des Verantwortungs-Controllings unterschieden (in Anlehnung an Berkel; Herzog, S. 120):

1. das Verantwortungs-Controlling als Planungsfunktion,
2. das operative Verantwortungs-Controlling und
3. das strategische Verantwortungs-Controlling

Zu 1. das Verantwortungs-Controlling als Planungsfunktion

Das Verantwortungs-Controlling ist eine Planungsfunktion. Es erarbeitet Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Unternehmensleitbildes einschließlich der Führungsgrundsätze sowie der personellen und strukturellen Voraussetzungen für die Realisierung des besseren Management-Konzepts.

Die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung kann einerseits das Ergebnis der Kontrolltätigkeit sein (Näheres dazu in zu 2.). Die Initiative zur Weiterentwicklung des Management-Konzepts kann aber auch von Verantwortungsträgern ausgehen, die in eine Konflikt-Situation geraten sind, weil sich die Bedürfnisse der Stakeholder und/oder Aspekte der Handlungssituation des Krankenhausmanagements geändert haben. Die bisher aktuellen Werte und Normen und/oder die personellen und strukturellen Voraussetzungen sind zur Überwindung des entstandenen Konflikts nicht mehr geeignet.

Zu 2. operatives Verantwortungs-Controlling

Das operative Controlling stellt regelmäßig fest, ob die Verantwortungsträger sozial verantwortlich handeln oder ob sie Entscheidungen fällen, die mit der Goldenen Regel nicht im Einklang stehen – also Entscheidungen fällen, die von Stakeholdern nicht akzeptiert werden (können).

Wenn Differenzen zwischen dem von der Geschäftsführung angestrebten, nämlich konfliktfreien, und dem tatsächlichen Zustand festgestellt werden, gilt es die Gründe dafür zu finden. Zu diesen Gründen kann zum Beispiel das durch Fähigkeits- und/oder Wollen-Defizite bedingte Fehlverhalten von Verantwortungsträgern zählen. Es kommen aber auch die gegenüber den geltenden Vorgaben veränderten Bedeutungen der Stakeholder, veränderten Stakeholder-Bedürfnisse und deren Bewertungen und/oder die veränderten personellen und/oder institutionellen Voraussetzungen als Ursachen für fehlerhaftes Wahrnehmen von Verantwortung in Betracht. Wenn Verantwortungsträger nicht leitbildkonform gehandelt haben, wird auch das Unternehmensleitbild auf den Prüfstand gestellt werden müssen; es könnte ja sein, dass die in dem Unternehmensleitbild festgeschriebenen Werte und Normen nicht mehr zeitgemäß sind und deshalb abweichend von diesen gehandelt werden musste.

Einschlägige Korrekturen an
- den Inhalten des Unternehmensleitbildes,
- der Einstellung und den Fähigkeiten der betroffenen Verantwortungsträger,
- der Auswahl der zu berücksichtigenden Stakeholder und deren als legitim akzeptierten Bedürfnissen und/oder an
- den institutionellen Voraussetzungen für das Wahrnehmen von Verantwortung

müssen gegebenenfalls vorgenommen werden. Unter Berücksichtigung der Defizite und der Ursachen dafür werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Management-Konzepts erarbeitet (s. Ziff. 1.) und der Geschäftsführung zur Beschlussfassung vorgelegt.

Zu 3. strategisches Verantwortungs-Controlling

Das strategische Verantwortungs-Controlling beobachtet die mittel- und langfristig zu erwartenden Entwicklungen der das Management der sozialen Verantwortung prägenden Faktoren. Das sind vor allem die Art und die Stärke des möglichen Einflusses der Stakeholder auf unternehmerische Entscheidungen, die Wichtigkeit der Stakeholder-Beiträge für das Krankenhaus sowie die Bedürfnisse der Stakeholder. Zu diesen Faktoren zählen aber auch Aspekte der Handlungssituation des Krankenhausmanagements, deren Veränderungen die Geschäftsführung möglicherweise zu einer Änderung der Vorgaben für die Berücksichtigung der Stakeholder und der Stakeholder-Bedürfnisse veranlasst (s. Beispiel).

Beispiel

Es ist seit vielen Jahren zu beobachten, dass sich der Staat seiner Verpflichtung, die Investitionen der Krankenhäuser durch Fördermittel zu finanzieren, immer mehr entzieht (Näheres dazu in Kap. 1.1). Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung muss damit gerechnet werden, dass das Verhalten des Staates sich in Zukunft nicht ändern wird, dass die Höhe der den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Fördermittel eher noch deutlich geringer werden wird.

Die Geschäftsführung muss deshalb prüfen, mit welchem Gewicht die Bedürfnisse verschiedener Stakeholder –

betroffen sind vor allem die Patienten, die Führungskräfte und Mitarbeiter, der Eigentümer sowie die Krankenkassen – bei unternehmerischen (Investitions-)Entscheidungen künftig berücksichtigt werden sollen. Soll auf die dringend notwendige Renovierung der Patientenzimmer zugunsten der Erneuerung medizin-technischer Geräte verzichtet werden? Müssen die Mitarbeiter weiter auf angemessene Gehaltszuwächse oder gar auf Teile des aktuellen Gehalts verzichten, um Gewinne als Grundlage für die Finanzierung von Investitionen erzielen zu können? Muss der Eigentümer seine Rendite-Erwartungen nach unten korrigieren, weil Teile des Gewinns in die Weiterentwicklung des Krankenhauses investiert werden müssen? Oder muss der Basisfallwert zu Lasten der Krankenkassen erhöht werden?

8.7.3 Das Konzept festigen mittels kurzfristiger Erfolge

An anderer Stelle wurde schon darauf hingewiesen, dass die Umstellung auf das neue Management-Konzept mehrere Jahre in Anspruch nehmen kann. In dieser Zeit werden Kritiker das Konzept immer wieder in Frage stellen. Sie werden fragen, ob die Geschäftsführung mit dem Prozess des Wandelns auf dem richtigen Kurs liegt. Wenn in dieser Phase überzeugende Erfolge als Belege für die Vernünftigkeit des neuen Management-Konzepts nicht vorgelegt werden können, ist die Ablösung des bisherigen Management-Konzepts durch das der Goldenen Regel verpflichtete Konzept sehr bald zum Scheitern verurteilt (Kotter, S. 163).

Kurzfristige Erfolge sind überzeugende Beweise für die Richtigkeit der Veränderung. Sie erzeugen Glaubwürdigkeit und helfen der Geschäftsführung, die Belegschaft des Krankenhauses dauerhaft für den Transformationsprozess zu gewinnen (Kotter, S. 164). Kurzfristige Erfolge machen die Veränderungen erlebbar und lassen die Veränderungen als nützlich sowohl für die Verantwortungsträger als auch für die Stakeholder erkennbar werden; sie tragen auf diese Weise dazu bei, das Vertrauen der Verantwortungsträger in die Vorteilhaftigkeit des neuen Management-Konzepts zu festigen und Vorbehalte gegenüber den Veränderungen abzubauen.

Überzeugend sind Erfolge dann, wenn sie wie folgt charakterisiert werden können (Kotter, S. 167):

- Die Maßnahmen können von allen Verantwortungsträgern als Realität wahrgenommen werden.
- Die Maßnahmen werden realisiert, wie sie in dem Umstellungskonzept in inhaltlicher Hinsicht geplant worden sind.
- Die Maßnahmen werden realisiert, wie sie in zeitlicher Hinsicht vorgesehen sind. Dies gilt vor allem für die Maßnahmen, die mit einer hohen zeitlichen Priorität geplant worden sind, und die bei zeitgerechter Realisierung als Beleg für die Vernünftigkeit des Konzepts dienen können.
- Die Maßnahmen werden akzeptiert; sie werden von niemandem in Frage gestellt.

Beispiel

Das in Kapitel 8.2.3 beschriebene Konzept der Personalbedarfsermittlung wird in geeigneter Form (zum Beispiel mittels der Hauszeitschrift) allen Führungskräften und Mitarbeitern des Krankenhauses zur Kenntnis gebracht, und zwar in einer Sprache, die von allen im Krankenhaus arbeitenden Menschen verstanden wird. Diese Mitteilung schließt den Termin ein, ab wann das Konzept als Gegenstromkonzept unter Beteiligung der betroffenen Führungskräfte und Mitarbeiter angewendet wird.

Wenn dieses Konzept für die nächste Planungsperiode so wie beschrieben eingesetzt wird, ist das ein Erfolg, der die Umstellung auf das neue Management-Konzept sicher unterstützen wird.

Die Vorteile kurzfristiger Erfolge für die Festigung des besseren Management-Konzepts als Bestandteil des Krankenhaus-Alltags werden in Tabelle 28 zusammengefasst.

Tab. 28 Die Bedeutung kurzfristiger Erfolge nach Kotter (1997, S. 169)

Sie liefern den Beweis dafür, dass sich die großen Anstrengungen lohnen.
Erfolge rechtfertigen die durch den Wandel verursachten Kosten.
Sie belohnen die Vermittler des Wandelns mit Anerkennung.
Nach vielen Mühen und harter Arbeit bauen positive Rückmeldungen Moral und Motivation auf.
Sie unterstützen die Feinabstimmung von Vision, Unternehmensleitbild und Strategien.

Kurzfristige Erfolge vermitteln der Geschäftsführung konkrete Daten über die Durchsetzbarkeit ihrer Vorstellungen.

Sie schalten Zyniker und eigennützige Gegner aus.

Eindeutige Verbesserungen machen es für Menschen schwierig, den erforderlichen Wandel zu blockieren.

Sie sichern die Unterstützung durch die Führungskräfte.

Sie liefern den höheren Hierarchieebenen den Beweis dafür, dass der Wandel planmäßig verläuft.

Sie erzeugen Impulse.

Sie verwandeln Neutrale in Befürworter, Widerwillige in Tatkräftige usw.

8.8 Zusammenfassung und Checkliste

Die Kapitel 6, 7 und 8.2 bis 8.7 beschreiben die Elemente des Managements der sozialen Verantwortung und den Weg des Wandelns zu diesem. Die Beispiele und Listen mit Anforderungen an die personellen und institutionellen Voraussetzungen können als Gebrauchsanweisung für die Umstellung verwendet werden.

Aus didaktischen Gründen werden die einzelnen Wegstrecken auf verschiedene Kapitel verteilt. Der Zusammenhang ist damit etwas verloren gegangen. Es bietet sich deshalb an, die notwendigen Schritte in einer Checkliste zusammenzufassen (s. Tab. 29).

Tab. 29 Der Prozess des Wandelns (Checkliste)

	Maßnahme	Quelle (Kap.)	Zielsetzung
1	**den Wandel beschließen: Grundsatzbeschluss**	**8.2.1**	
	Geschäftsführung sorgt für Klarheit über ihre Ziele und Absichten sie entwickelt das für den radikalen Bruch mit bisher geübten Verhaltensweisen notwendige Arbeitsklima sie legt das Programm für den Wandel fest		den Wandel initiieren Voraussetzungen schaffen für eine erfolgreiche Realisierung des Wandelns zu dem Management der sozialen Verantwortung als Basis für die Lösung der zu erwartenden Ziel- und Verteilungskonflikte die Notwendigkeit und die Dringlichkeit des Wandelns deutlich machen* Überwinden der Selbstzufriedenheit der Verantwortungsträger mit der gegenwärtigen Situation* Freisetzen von Motivation und Tatkraft, um Trägheitsmomente ausschalten zu können* * (Kotter, S. 33ff.)
verantwortlich: Geschäftsführung			
2	**Organisation des Veränderungsprozesses**	**8.2.2**	
	Beauftragung des Projektmanagement Festlegen der Projekt-Organisation und als Teile davon ■ Sicherung der zur Umsetzung des Beschlusses erforderlichen Unterstützung durch Macht-Promotoren ■ Bestellen eines fachkundigen Führungsteams zur Unterstützung der Geschäftsführung ■ Aufteilung des Gesamtprojektes in Teil-Projekte		Unterstützung der Geschäftsführung bei der Projekt-Durchführung Sicherstellung der sach- und zeitgerechten Durchführung des Veränderungsprozesses
verantwortlich: Geschäftsführung			

Maßnahme		Quelle (Kap.)	Zielsetzung
3	**Standortbestimmung**		
3.1	**Umweltanalyse auf Stakeholder-Basis**	**8.3**	
	Identifizierung und Charakterisierung der Stakeholder		Ermittlung der Bedeutung der Stakeholder für das Krankenhaus, indem festgestellt wird, ■ wie stark der Einfluss ist, den Stakeholder zur Durchsetzung ihrer Anliegen geltend machen können, und ■ wie wichtig dem Krankenhaus die Beiträge sind, die die Stakeholder zur Sicherung der Krankenhaus-Existenz und zum erfolgreichen Betrieb des Krankenhauses leisten wollen, und darauf aufbauend Auswahl der bei Entscheidungen künftig zu berücksichtigenden Stakeholder
	Analyse, Bewertung und Gewichtung der Stakeholder-Anliegen einschließlich der Festlegung der dafür erforderlichen Bewertungskriterien		Ermittlung der Chancen und Risiken, die sich für das Unternehmen angesichts der Befriedigung oder Nicht-Befriedigung der zu beobachtenden Stakeholder-Bedürfnisse ergeben, und darauf aufbauend Auswahl der Anliegen der ausgewählten Stakeholder, die künftig bei Entscheidungen berücksichtigt werden sollen.
verantwortlich: Verantwortungsträger, Projektmanager			
3.2	**Unternehmensanalyse**	**8.4**	
	Analyse der Wahrnehmung von Verantwortung durch die Verantwortungsträger		Wie wichtig ist den Verantwortungsträgern die Berücksichtigung der Stakeholderanliegen?
	Analyse der Voraussetzung für die Wahrnehmung von Verantwortung ■ Eignung der organisatorischen Grundstruktur? ■ Eignung der Verantwortungsträger?		Sind die personellen und strukturellen Voraussetzungen ausreichend, um sozial verantwortliches Handeln unterstützen zu können?
verantwortlich: Verantwortungsträger, Projektmanager			
4	**den Wandel endgültig beschließen**		
	Aufbauend auf den Ergebnissen der Umwelt- und der Unternehmensanalyse und der Feststellung eventueller Defizite werden	**8.2.3**	mit dem Wandel unwiderruflich beginnen Beseitigung eventuell vorhandener personeller und/oder organisationaler Barrieren, die die Wahrnehmung von Verantwortung behindern könnten
	■ die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eines den Prinzipien der Goldenen Regel verpflichteten Unternehmensleitbildes beauftragt und realisiert,	**7.2**	
	■ die Maßnahmen, die dem Schaffen der organisationalen Voraussetzungen für das Wahrnehmen von Verantwortung dienen sollen, identifiziert und deren Realisierung bzw. Weiterentwicklung veranlasst, und	**6.4 und 6.5**	

Maßnahme		Quelle (Kap.)	Zielsetzung
	■ die Maßnahmen identifiziert und deren Realisierung bzw. Weiterentwicklung veranlasst, die notwendig sind, um die Verantwortungsträger des Krankenhauses von der Nützlichkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugen und in den Stand versetzen zu können, dieses auch zu praktizieren.	7.3 und 7.4	
verantwortlich: Geschäftsführung			
5	**Grundpostulate erarbeiten**	6.2	Normen festlegen für die Entwicklung der ■ der Unternehmensstruktur und ■ des Unternehmensleitbildes
verantwortlich: Geschäftsführung, Verantwortungsträger			
6	**Das Management der sozialen Verantwortung realisieren**		
6.1	**Verantwortung konkretisieren – Unternehmensleitbild erarbeiten – Unterstützung des Sollens** Festlegen der Inhalte des Unternehmensleitbildes Einführung des Unternehmensleitbildes (Formulierung und Diffusion)	8.7, 7.2 und 5.3.2	den Verantwortungsträgern deutlich machen, was unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird, welche Handlungen erlaubt/erwünscht bzw. verboten/unerwünscht sind die Voraussetzungen für die Zuschreibung von Verantwortung sind zu beachten Festlegen der Werte und Normen, die für alle anderen Maßnahmen leitend sind
verantwortlich: Geschäftsführung, Verantwortungsträger, Projektmanager			
6.2	**für Verantwortungsbewusstsein sensibilisieren, Unterstützung des Wollens** die Belegschaft über den Fortschritt der Unternehmensleitbild-Formulierung informieren Geschäftsführung präsentiert das Unternehmensleitbild das Unternehmensleitbild wird zum Gegenstand der unternehmensinternen Fortbildung die Konflikte, die die Krankenhausarbeit begleiten, identifizieren und diese als Argumentationsbasis analysieren diverse Maßnahmen des Personalmanagements realisieren (Personalbeschaffung, -entwicklung als Einstellungsentwicklung und Personalführung)	8.6 7.3	die Verantwortungsträger davon überzeugen, dass es für das Krankenhaus (wie auch für sie selbst) und für die Stakeholder des Krankenhauses gleichermaßen von Nutzen ist, wenn sie die Normen des Unternehmensleitbildes bei allen ihren Entscheidungen und Handlungen anwenden. die Verantwortungsträger dafür gewinnen, die ihnen zur Verfügung stehenden Freiheiten im Sinne der Goldenen Regel zu nutzen
verantwortlich: Geschäftsführung, Führungskräfte			

Maßnahme		Quelle (Kap.)	Zielsetzung
6.3	**Unterstützung des Könnens**		
	Unternehmensstruktur festlegen	**6.4** **6.5**	Verantwortungsträger in die Lage versetzen, das Konzept des Managements der sozialen Verantwortung zu nutzen
	Personalentwicklung im Sinne von Fähigkeitsentwicklung	**7.3**	
	Installation eines Patientenfürsprechers und anderer Vertreter von Stakeholdern	**7.4**	
	Installation eines Ethikkomitees	**7.4**	
verantwortlich: Geschäftsführung, Verantwortungsträger, Personalabteilung, Führungskräfte			
7	**Konzept des Managements der sozialen Verantwortung festigen**		
7.1	**Verantwortungs-Controlling**	**8.8.2**	Sicherstellen, dass das Konzept dauerhaft umgesetzt wird/werden kann
verantwortlich: Geschäftsführung, Controller			
7.2	**Kurzfristige Erfolge sicherstellen**	**8.8.3**	Skeptiker von der Vorteilhaftigkeit des neuen Managements-Konzepts überzeugen (Kotter, S. 164)
verantwortlich: Geschäftsführung, Projektmanager			

9 Das Credo der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson[63] – ein Beispiel

9.1 Einführung

Die Elemente des Managements der sozialen Verantwortung wurden in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt. Nun soll anhand eines Beispiels gezeigt werden, wie ein vergleichbares Management-Konzept in der Praxis umgesetzt wird.

Das Credo der Firma Johnson & Johnson wurde dafür aus zwei Gründen als Beispiel ausgewählt[64]:

1. Auf der Grundlage dieses Unternehmensleitbildes wird seit mehr als 60 Jahren Management der sozialen Verantwortung erfolgreich praktiziert.
2. Auch zeichnet es sich dadurch aus, dass alle die für das Unternehmen als legitim akzeptierten Stakeholder als Adressaten der Verantwortung in die praktische Handhabung des Credos einbezogen werden.

Aus der Darstellung dieses Beispiels wird deutlich werden, dass die bisher beschriebenen Instrumente des Managements der sozialen Verantwortung als neutral in Hinblick auf die Mission der sie anwendenden Unternehmen betrachtet werden können. Hinsichtlich ihrer Ausprägung für die Anwendung in einem konkreten Krankenhaus ist allerdings die Handlungssituation der Geschäftsführung zu berücksichtigen.

Die Beschreibung des Beispiels gibt Antworten auf die folgenden Fragen:

1. Welche Ziele werden mit Hilfe des Credos verfolgt? (s. Kap. 9.2)
2. Welches sind die Inhalte des Credos? (s. Kap. 9.3)
3. Wie wurde das Credo eingeführt? (s. Kap. 9.4)
4. Wie werden die verschiedenen Akteure des Unternehmens von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugt? (s. Kap. 9.5)
5. Wie und von wem werden die Akteure des Unternehmens bei der Wahrnehmung sozial verantwortlichen Handelns unterstützt? (s. Kap. 9.6)

63 Dieses Kapitel ist entstanden als Ergebnis eines ausführlichen Gespräches mit Hans Wormann, Geschäftsführer für External Affairs & Partnerships, Janssen-Cilag GmbH, einer Tochter der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson. Ferner wurden diverse Dokumente ausgewertet, die von der Janssen-Cilag GmbH zur Verfügung gestellt wurden bzw. von der Homepage der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe abgerufen werden können.

64 Im deutschen Gesundheitswesen lassen sich natürlich auch andere Beispiele einer gelungenen Realisierung des Managements der sozialen Verantwortung finden. Diese haben aber im Gegensatz zu dem Credo der Firma Johnson & Johnson im Regelfall jeweils nur eine Gruppe von Stakeholdern im Blick – nämlich die Patienten oder die Mitarbeiter.

Unser Credo

Allem voran steht unsere **Verantwortung** gegenüber den Ärzten, Krankenschwestern und Patienten, aber auch gegenüber Müttern, Vätern und all den **Menschen**, die unsere Produkte verwenden oder unsere Dienste in Anspruch nehmen.
Die Erfüllung ihrer Ansprüche erfordert von uns stets **hohes Qualitätsniveau**. Wir müssen ständig bemüht sein, unsere Kosten so niedrig wie möglich zu halten, damit wir **vernünftige Preise** beibehalten können. Aufträge unserer Kunden müssen umgehend und **zuverlässig** ausgeführt werden. Unseren Lieferanten wie auch unseren Abnehmern sollen wir die Möglichkeit geben, einen **angemessenen Gewinn** zu erzielen.

Verantwortung tragen wir auch für unsere **Mitarbeiter**, für alle jene Frauen und Männer, die auf der ganzen Welt bei uns tätig sind. Jeder von ihnen ist als **Individuum** zu achten.
Ihre **Würde** muss respektiert und ihre Verdienste müssen **anerkannt** werden.
Sie müssen auf die **Sicherheit** ihres Arbeitsplatzes vertrauen können.
Die Vergütung für die Arbeit muss **fair** und angemessen sein, die Arbeitsplätze unfallsicher, **sauber** und ordentlich.
Wir müssen unsere Mitarbeiter auch bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gegenüber ihren **Familien** unterstützen.
Die Mitarbeiter sollen sich ermutigt fühlen, Vorschläge zu machen und auch Beschwerden vorzutragen.
Bei entsprechender Qualifikation muss **Chancengerechtigkeit** gegeben sein, sowohl bei der Einstellung als auch bei **Förderung** und Beförderung.
Dabei ist es unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, dass fähige Führungskräfte zur Verfügung stehen, die gerecht und **ethisch** handeln.

Verpflichtet fühlen wir uns auch gegenüber dem **Gemeinwesen**, in dem wir **leben** und arbeiten, aber auch gegenüber der ganzen **Menschheit**.
Wir müssen uns als gute Staatsbürger erweisen, das **Gemeinwohl** im Auge haben, Wohltätigkeits-Organisationen unterstützen, sowie auch unseren angemessenen Teil an Steuern tragen.
Wir müssen uns die Verbesserung allgemeiner Lebensbedingungen, speziell der **Gesundheitsfürsorge** und der Bildung, einsetzen.
Wir haben das für unsere Arbeit anvertraute Firmeneigentum in gutem Zustand zu erhalten und wollen dabei den Schutz der **Umwelt** nicht ausser acht lassen.

Schliesslich sind wir unseren **Aktionären** gegenüber verantwortlich.
Ein angemessener Gewinn muß erwirtschaftet werden.
Wir sollen **neue Ideen** gegenüber stets aufgeschlossen bleiben.
Die **Forschung** ist voranzutreiben, fortschrittliche **Entwicklungsprogramme** sind zu entwerfen, durch Fehler entstandene Verluste müssen getragen werden.
Neue **Ausrüstungen** müssen erworben, neue Einrichtungen erstellt werden; auch sind neue Produkte auf den Markt zu bringen.
Reserven als **Vorsorge** für schlechtere Zeiten müssen gebildet werden.
Wenn wir nach diesen Grundsätzen handeln, werden die Aktionäre eine angemessene **Dividende** erwarten können.

Abb. 49 Credo der Firma Johnson & Johnson (mit freundlicher Genehmigung der Janssen-Cilag GmbH)

6. Wie wird sichergestellt, dass das Credo gemäß den Intentionen seines Initiators gehandhabt wird? (s. Kap. 9.7)

9.2 Zielsetzung des Credos

Bereits im Jahr 1935 veröffentlichten Mitglieder der Gründerfamilie der Firma Johnson & Johnson[65] ein Corporate Responsibility Statement; sie bekannten sich mit den darin zum Ausdruck gebrachten Grundprinzipien ihrer Unternehmensphilosophie zu ihren sozialen Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen[66]. Mit einem flammenden Appell forderte Robert W. Johnson, eines der Mitglieder der Gründerfamilie, darüber hinaus die Unternehmer seines Landes auf, den Unternehmenserfolg im Sinne der Goldenen Regel am Nutzen für die Allgemeinheit und für den einzelnen Bürger zu messen.

Im Jahre 1943 erneuerte das Management der Firma Johnson & Johnson dieses Bekenntnis. Noch im gleichen Jahr schrieb Robert W. Johnson die damit eingegangenen Verpflichtungen in dem Credo des Unternehmens fest (die deutsche Übersetzung s. Abb. 49). Allen Akteuren der weltweit tätigen Unternehmens-Gruppe[67] – Vorständen, Geschäftsführungen, Führungskräften und Mitarbeitern – wird mit Hilfe dieses Dokuments mitgeteilt, was im Unternehmen unter sozial verantwortlichem Handeln verstanden wird und welche Handlungen erwünscht/erlaubt bzw. unerwünscht/verboten sind. Es formuliert die Verantwortung, die jeder einzelne Mitarbeiter[68] trägt: gegenüber seinen Kollegen, Partnern und Lieferanten, den Kunden, den Teilhabern des Unternehmens und gegenüber der Gesellschaft – weltweit. Robert W. Johnson drängte die Mitglieder des Managements seines Unternehmens dazu, das Credo als Grundlage ihres täglichen geschäftlichen Handelns konsequent anzuwenden.

Das Unternehmen Johnson & Johnson versteht das Credo als Selbstverpflichtung. Es bringt darin zum Ausdruck, wie sich das Unternehmen, die Geschäftsführung und alle seine Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber diversen Stakeholdern verhalten werden. Es erwartet, dass mit allen Entscheidungen und Handlungen nicht einseitig die Unternehmensziele verfolgt werden, sondern dass im Interesse einer langfristigen Sicherung der Unternehmens-Existenz immer ein Ausgleich gesucht wird zwischen den Unternehmensinteressen und den Interessen der Stakeholder, die aus unterschiedlichen Gründen an der Existenz und an der Weiterentwicklung des Unternehmens interessiert sind. Das Credo fordert alle Akteure des Unternehmens auf, bei dem Vorbereiten, Fällen und Umsetzen ihrer Entscheidungen die Bedürfnisse und das Wohlbefinden derjenigen, für die sie arbeiten – nämlich die Kunden –, an die erste Stelle zu setzen. Das Ergebnis dieses Verhaltens ist ein hohes Maß an Vertrauen und Glaubwürdigkeit, das das Unternehmen Johnson & Johnson bei allen seinen Stakeholdern genießt.

Diese Wertschätzung kommt in vielen Rankings zum Ausdruck, in denen Johnson & Johnson seit Jahren an vorderer Stelle gelistet wird. Stellvertretend sei hier die Rangliste „Most Reputable Company In The United States“ genannt, die das Reputation Institute jährlich veröffentlicht (Johndrow, S. 5) und in der – basierend auf einer online-Befragung von etwa 25.000 Menschen in den U.S. (mehr als 84.000 in 32 Ländern weltweit) – die 150 am meisten geschätzten Unternehmen der U.S. (1.500 weltweit) genannt werden. Johnson & Johnson nimmt in der U.S.-Liste seit Jahren immer einen der vorderen Plätze – in den Jahren 2009 und 2010 den ersten Platz – ein.

Johnson & Johnson ist eines der weltweit führenden Unternehmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge. Etwa eine Milliarde Menschen werden mit den Produkten und Diensten erreicht, die Johnson & Johnson anbietet. Die daraus resultierende extrem hohe Verantwortung verlangt – so die Repräsentanten des Unternehmens – nach einem strengen Kompass, der dem Handeln des Unternehmens die richtige Richtung zeigt. Dieser Kompass ist das Credo.

Der in dem Credo verankerten Verpflichtung kommen die Akteure der Unternehmensgruppe

65 Die Gründung des Unternehmens erfolgte 1886 durch Robert W., James W. und Edward M. Johnson.

66 Einen der ersten Belege für diese Einstellung lieferte Johnson & Johnson bereits nach dem San-Francisco-Erdbeben von 1906. Das Unternehmen stellte sowohl medizinische Produkte zur Soforthilfe wie auch Lazarette zur Verfügung. Alle Produkte mit einem Kaufpreis von unter 100 US-Dollar waren gratis; Johnson & Johnson wurde damit zum größten Einzel-Spender anlässlich dieser Katastrophe.

67 Die „Johnson & Johnson family of companies“ beschäftigt derzeit in 57 Ländern in etwa 250 Unternehmen (Niederlassungen, gegründete und erworbene Tochtergesellschaften)nahezu 120.000 Mitarbeiter.

68 Damit sind auch die Mitglieder der Geschäftsführungen sowie alle anderen Führungskräfte gemeint. Wenn in dem vorliegenden Text nicht anlassbezogen differenziert wird, wird der Begriff „Mitarbeiter“ entsprechend diesem Satz verwendet.

auch 60 Jahre nach dem Inkrafttreten des Credos konsequent nach. Entscheidungen werden unter Berücksichtigung der Credo-Werte und damit unter Berücksichtigung der Interessen der von den Entscheidungen betroffenen Stakeholder gefällt. Wenn mit einem Geschäft Verpflichtungen eingegangen werden sollen, die nicht im Einklang mit dem Credo stehen, wird auf dieses Geschäft verzichtet. Die der Entscheidung zugrunde liegenden Gründe und vor allem die Bezugnahme auf das Credo werden einschlägig und sorgfältig und damit auch nachvollziehbar dokumentiert.

Das Credo wurde mit Bedacht eher etwas distanziert und nicht so konkret formuliert, dass es unmittelbar als Handlungsanweisung benutzt werden könnte; so ist von so unbestimmten Begriffen wie „vernünftige Preise“, „Verbesserung allgemeiner Lebensbedingungen“ und „angemessener Gewinn“ die Rede. Die Absicht des Verfassers war es indessen, ein Unternehmensleitbild zu entwickeln, das

- von den Mitarbeitern in allen Teilen (Niederlassungen und Tochtergesellschaften) der weltweit agierenden Unternehmensgruppe trotz beträchtlicher kultureller Unterschiede verstanden, akzeptiert und realisiert werden kann;
- trotz ständiger Veränderungen in der Umwelt des Unternehmens über längere Zeit hinweg unverändert Bestand haben kann[69] und
- den Verantwortungsträgern den Handlungsspielraum lässt, der als Basis für sozial verantwortliches Handeln unabdingbar notwendig ist.

Dem Verfasser des Unternehmensleitbildes ist es gelungen, das Credo so zu formulieren, dass aus ihm die Werte abgeleitet werden können, die die Mitarbeiter als Verantwortungsträger zu teilen und zu leben gewillt sind.

9.3 Der Inhalt des Credos

9.3.1 Überblick

Das Credo hat mit einigen wenigen Leitsätzen auf einer DIN-A-4-Seite Platz. Es ist so beschrieben, dass es weiterer Texte, die als Erläuterungen und/oder als Begründung dienen könnten, eigentlich nicht bedarf.

Dennoch: Auf den Homepages der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson sowie auf denen diverser Tochtergesellschaften, wie zum Beispiel auch der Janssen-Cilag GmbH, findet sich eine Vielzahl von Texten, mit denen aus verschiedenen Blickwinkeln betont wird, wie das Credo verstanden und gehandhabt werden soll und welchen Erfolg das Unternehmen in Folge des Erfüllens der mit dem Credo eingegangenen Verpflichtungen erwarten kann. Auf der Homepage des Unternehmens werden zu einzelnen Passagen des Credos Geschichten erzählt. Diese lassen den Leser erkennen, wie das Credo in der Alltagsroutine praktiziert wird.

In Anlehnung an die Ausführungen zu dem Unternehmensleitbild in Kapitel 7 werden die Aussagen zu dem Inhalt des Credos in dem vorliegenden Kapiteln wie folgt gegliedert:

- das Verhältnis zu den Stakeholdern,
- der Unternehmenszweck,
- die Einstellung der Geschäftsführung gegenüber dem Führungskonzept und
- die Einstellung der Geschäftsführung zu Risiko, Wachstum und Innovation.

9.3.2 Das Verhältnis zu den Stakeholdern

Das Credo ist in vier Abschnitte gegliedert. Jeder dieser Abschnitte ist jeweils einer Gruppe von Stakeholdern gewidmet:

1. Die erste Gruppe von Adressaten umfasst alle jene Menschen, die die Produkte und Dienste des Unternehmens entweder als Endverbraucher – dazu zählen vor allem die Patienten – oder als Helfer für die Endverbraucher – das sind Ärzte und Krankenpflegekräfte, aber auch Mütter und Väter von Kindern und Heranwachsenden – in Anspruch nehmen. Zu dieser Gruppe von Stakeholdern gehören auch die Lieferanten und die Abnehmer der Johnson & Johnson-Produkte und -Dienste – letztere sind die Institutionen und Personen, die den Vertrieb der Produkte und Dienste sicherstellen.

69 Eine der wenigen nachträglichen Einfügungen in den Text des Credos ist der Hinweis auf die Unterstützung der Mitarbeiter, damit diese ihre Verantwortung gegenüber ihren Familien wahrnehmen können.

2. Zu den Stakeholdern zählen die Mitarbeiter und deren Familien.
3. Das Unternehmen verpflichtet sich dem Gemeinwesen gegenüber.
4. Schließlich ist das Unternehmen seinen Aktionären gegenüber verantwortlich.

Diese Reihenfolge – zuerst die Kunden und am Ende des Credos die Eigentümer des Unternehmens – ist Programm. Robert W. Johnson war als praktisch veranlagter Geschäftsmann fest davon überzeugt, dass es dem Unternehmen auf Dauer am besten bekommt, wenn die geschäftlichen Aktivitäten zuerst an den Bedürfnissen der Kunden ausgerichtet werden.

Das Credo der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe benennt die Anliegen der verschiedenen Stakeholder-Gruppen wie folgt (s. Tab. 30).

9.3.3 Der Unternehmenszweck

Der Unternehmenszweck wird zum einen in den beiden Abschnitten, die den Stakeholdern „Kunden" und „Gemeinwesen" gewidmet sind, genannt. Dort wird ausgeführt (= Sachziel des Unternehmens), dass die Unternehmensgruppe für die Belieferung ihrer Kunden mit Produkten und Dienst von hoher Qualität und zu vernünftigen Preisen verantwortlich ist und sich für die Verbesserung allgemeiner Lebensbedingungen, und damit sind die Gesundheit und die Bildung gemeint, einsetzt. Johnson & Johnson entwickelt, produziert und vermarktet neben den aus dem Alltagsleben bekannten Produkten, wie z.B. für die Pflege von Babys und Kleinkindern, für die Pflege der Haut oder Hygieneartikel für die Frau, insbesondere zahlreiche Produkte in der Medizintech-

Tab. 30 Stakeholder-Anliegen

Stakeholder(-Gruppe)	Verpflichtung gegenüber den Stakeholdern
Patienten, Ärzte, Krankenschwestern, Mütter und Väter	Den genannten Stakeholdern sollen Gesichts- und Körperpflegeprodukte, Produkte für die Babypflege, Kosmetik und Frauenhygiene sowie Medizinprodukte und Arzneimittel auf stets hohem Qualitätsniveau und zu vernünftigen Preisen geliefert werden.
Lieferanten und Abnehmer	Sie sollen einen angemessenen Gewinn erzielen können.
Mitarbeiter und deren Familien	Deren Bedürfnis nach ■ Wertschätzung, ■ Anerkennung ihrer Leistungen, ■ Sicherheit des Arbeitsplatzes, ■ angemessener Vergütung, ■ Chancengleichheit bei der Einstellung sowie bei der Förderung und Beförderung, ■ Förderung der Mündigkeit der Mitarbeiter, ■ Rekrutierung von Führungskräften, die sozial verantwortliches Handeln realisieren, und ■ Unterstützung der Mitarbeiter bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gegenüber ihren Familien soll befriedigt werden.
Gemeinwesen	Das Unternehmen hat das Gemeinwohl und den Schutz der Umwelt im Auge und unterstützt Wohltätigkeits-Organisationen. Es trägt seinen angemessenen Teil an Steuern. Das dem Unternehmen anvertraute Firmeneigentum muss in einem guten Zustand erhalten werden.
Aktionäre	Es soll eine angemessene Dividende erwirtschaftet werden. Die Basis dafür sind ■ Aufgeschlossenheit des Unternehmens gegenüber neuen Ideen, ■ Vorantreiben der Forschung, ■ Entwurf fortschrittlicher Entwicklungsprogramme, ■ Anbieten neuer Produkte, ■ Erwerb neuer Ausrüstungen und Erstellen neuer Einrichtungen und ■ das Bilden von Reserven als Vorsorge für schlechtere Zeiten.

nik sowie Arzneimittel. Der Einsatz für das Gemeinwohl, die Unterstützung sozialer Initiativen, das Engagement für die Umwelt – das Credo bestärkt alle Akteure in der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson darin, in der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen.

Der Unternehmenszweck der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe besteht schließlich in der Erwirtschaftung eines angemessenen Gewinns (= Formalziel des Unternehmens). Dieser ist die Grundlage für die Sicherung der Existenz des Unternehmens, für weiteres Wachstum sowie für den Ausbau der Marktposition. Er ist schließlich die finanzielle Grundlage für soziales Engagement.

9.3.4 Einstellung der Geschäftsführung gegenüber dem Führungskonzept

Das Führungskonzept der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe ergibt sich aus den Credo-Verpflichtungen und lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Die Leitungsarbeit ist dezentral organisiert.
- Die Führung erfolgt mittels Zielvereinbarungen zwischen der Führungskraft und ihren Mitarbeitern und darin eingeschlossen die Übertragung der Verantwortung für das Realisieren der vereinbarten Ziele an die Mitarbeiter.
- Der Führungsstil lässt sich als partizipativ charakterisieren. Die Führungskraft ist verpflichtet, ihre Mitarbeiter an ihren Entscheidungen zu beteiligen.
- Das Verhalten der Führungskräfte gegenüber ihren Mitarbeitern ist durch das Respektieren der Würde jedes einzelnen Mitarbeiters, durch deren Akzeptanz als Individuum und durch die Wertschätzung ihrer Leistungen gekennzeichnet. Das Unternehmen sorgt für die Sicherheit seiner Mitarbeiter – damit ist die Sicherheit des Arbeitsplatzes im technisch-organisatorischen Sinne gemeint, aber auch die Sicherheit der Mitarbeiter in Hinblick auf das Bewältigenkönnen der ihnen übertragenen Aufgaben.

Dem Führungskonzept, das in einem späteren Kapitel (s. Kap. 9.5.3) noch einmal – dann allerdings etwas ausführlicher – zum Thema gemacht wird, ist in dem Credo ein eigener Abschnitt gewidmet. In diesem wird von den Führungskräften verlangt, ihre Führungsarbeit konsequent auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter auszurichten. Es wird aber auch deutlich gemacht, dass Personalmanagement nicht Selbstzweck ist, sondern die zentrale Voraussetzung für die Realisierung der Unternehmensziele.

9.3.5 Einstellung der Geschäftsführung zu Risiko, Wachstum und Innovation

Die von dem Unternehmen veröffentlichten Daten zeigen, dass Johnson & Johnson, und zwar schon seit vielen Jahren, ein profitables Unternehmen ist; so haben sich wichtige Kennzahlen – wie Umsatzerlöse und Ergebnis – kontinuierlich positiv entwickelt. Es lässt sich daraus allerdings nicht der Schluss ziehen, ob überhaupt und wenn ja, in welchem Ausmaß, diese Entwicklung der konsequenten Realisierung des Credos geschuldet ist.

Andererseits: Die positive Einstellung der Geschäftsführung – zum Ausdruck gebracht in dem Credo – zu der Verpflichtung, einen angemessenen Gewinn zu erwirtschaften und Geschäfte abzuweisen, die dazu beitragen könnten, dass diese Verpflichtung nicht eingelöst werden kann, hat ganz sicher – wenn auch nicht quantifizierbar – dabei geholfen, unkalkulierbare Risiken für das Unternehmen gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch die positive Einstellung der schon genannten Akteure zu der Verpflichtung, unter anderem die Forschung voranzutreiben, fortschrittliche Entwicklungsprogramme zu entwerfen und neue Produkte auf den Markt zu bringen und alles zu unterlassen, was das Realisieren dieser Verpflichtung gefährden könnte, ist ganz sicher der Treiber für das kontinuierliche Wachstum des Konzerns.

9.4 Die Einführung des Credos

9.4.1 Überblick

Die Einführung eines Unternehmensleitbildes erfolgt in zwei Phasen, in

1. der Formulierungsphase und
2. der Diffusions- und Umsetzungsphase.

9.4.2 Formulierungsphase

In der Praxis gehen die Meinungen darüber, wie die erste Phase der Einführung eines Unterneh-

mensleitbildes, der Prozess der Formulierung, gestaltet werden sollte, weit auseinander. Einig sind sich die Praktiker weitgehend nur dahingehend, dass die Einführung des Unternehmensleitbildes von dem obersten Leitungsgremium des Unternehmens – für alle Mitglieder der Organisation sichtbar – getragen werden muss. Die Mehrheit der Praktiker plädiert dafür, dass an der Formulierung Vertreter aller Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Leitungsbereiche beteiligt werden sollten – mit dem Argument, dass damit die Akzeptanz des Unternehmensleitbildes gesichert und dessen Diffusion erleichtert werden kann.

Bei der Johnson & Johnson family of companies wurde die Formulierung des Credos im Jahr 1943 deutlich abweichend von den üblichen Vorgehensweisen und dennoch erfolgreich organisiert. Das Projekt „Credo" war „Chefsache". Das Credo wurde von nur einer Person, nämlich von dem schon mehrfach erwähnten Robert W. Johnson verfasst. Es ist nicht bekannt, dass andere Personen – in welcher Form auch immer – an der Formulierung des Credos beteiligt worden sind.

Allerdings ist das Credo nicht aus dem Nichts heraus entstanden. Es ist das Ergebnis einer Entwicklung, die mit der Gründung des Unternehmens begonnen hat; die das Credo prägenden Werte sind schon immer die Grundlage des unternehmerischen Handelns (s. Kap. 9.2 und Fußnote 66). Insofern hat Robert W. Johnson das zu Papier gebracht, was schon immer – zumindest in Teilen des Unternehmens und von einem Teil der Führungskräfte – gelebt worden ist.

Das Credo wird jetzt von dem Executive Committee des Konzerns getragen. Die wenigen Änderungen, die an dem Credo bisher vorgenommen worden sind, werden von dem obersten Leitungsgremium initiiert, exekutiert und verantwortet (zum Selbstverständnis der Janssen-Cilag GmbH, s. Abb. 50).

9.4.3 Diffusions- und Umsetzungsphase

Hinsichtlich der Diffusion und der Umsetzung des Credos gibt es in Übereinstimmung mit der in der Praxis und der Literatur herrschenden Meinung in der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson zwei Arten von Vorgehensweisen:

Robert W. Johnson hat das Credo den Führungskräften in den Niederlassungen des Unternehmens und in den Tochtergesellschaften, die von Johnson & Johnson gegründet worden sind, mit der Anweisung übergeben, die darin zum Ausdruck gebrachten Grundsätze künftig zur Grundlage aller unternehmerischen Entscheidungen zu machen. Die Führungskräfte haben das Credo in vollem Umfang akzeptiert. Sie haben die Grundideen des Credos jeweils an die nächste Generation von Führungskräften weitergegeben, sodass das Credo auch heute noch – mehr als 60 Jahre nach seiner Formulierung und Diffusion – mit Überzeugung gelebt wird.

Der Erfolg dieser Art von Diffusion des Credos war darauf zurück zu führen, dass schon die Gründer der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson, vor allem aber dann der Autor des Credos, die in diesem verankerten Verpflichtungen konsequent realisiert haben. Sie haben also nicht nur ihre durch organisatorische Rollendifferenzierungen begründete Möglichkeit genutzt, ihren Willen gegenüber ihren Führungskräften durchzusetzen. Sie waren sich vor allem ihrer Vorbildfunktion bewusst und haben allen Akteuren des Unternehmens Gelegenheit „zum Lernen am Modell" gegeben.

Um das Credo über die seinerzeit zu beobachtende reine Kenntnis hinaus bei den Mitarbeitern zu verankern und somit handlungsleitend im Sinne eines Kompasses wirken zu lassen, wurden im Einzelfall unterstützende Maßnahmen lokal entwickelt. So hat z.B. die Janssen-Cilag GmbH Mitte der neunziger Jahre die „Zukunftsarbeit" eingeführt. Dieses Unternehmensleitbild wurde durch ein sehr eng an das Credo angelehntes und unmittelbar daraus abgeleitetes sogenanntes Selbstverständnis unterstützt, welches wiederum gemeinsam von dem Führungskreis des Unternehmens in Workshops entwickelt und anschließend regelmäßig durch verschiedene Kanäle kommuniziert wurde. Das Credo wurde durch diese lokale Maßnahme über die Jahre verstärkt in das Bewusstsein der Mitarbeiter gerückt.

Das Unternehmen hat darüber hinaus mit dem *Mitarbeiterpreis* und dem *Zukunftspreis* zwei weitere Instrumente eingeführt, die helfen sollen zu betonen, wie wichtig dem Unternehmen der Ausgleich der Unternehmensinteressen mit den Interessen verschiedener Stakeholder ist.

- Mit dem jährlich verliehenen Mitarbeiterpreis wurde und wird bestätigt und gewürdigt, dass die Preisträger bei ihren Entscheidungen und den Ergebnissen ihres Handelns die Grundwerte des Credos in besonderer Weise berücksichtigt haben.

„Aus individueller Verantwortung unsere Zukunft gemeinsam gestalten“

Unsere drei Grundwerte

Individuelle Verantwortung
Jeder einzelne Mitarbeiter übernimmt persönliche Verantwortung und steht zu seinem Handeln.
Eine Delegation von Verantwortung an „die Firma“ ist nicht möglich. Die Firma sind wir, jeder Einzelne von uns.
Wir gehen offen und ehrlich miteinander um.

Kreativität und Innovation
Wir fördern Kreativität als Voraussetzung für Innovation, Fortschritt und aktive Gestaltung unserer Zukunft.
Durch innovative Produkte und kreative Problemlösungen möchten wir unverwechselbar sein.

Erfolg und Effizienz
Wir wollen unsere Stellung als eines der führenden Pharma-Unternehmen in Deutschland weiter festigen.
Unser Handeln ist ergebnisorientiert und stets durch Qualitäts- und Kostenbewusstsein geprägt.
Wir sind davon überzeugt, dass Erfolg am besten durch Teamarbeit, durch einen offenen, kooperativen Führungsstil und durch Freude an der Arbeit erreicht werden kann.

Unsere vier Zielgruppen

Kunden
Allem voran steht unsere Verantwortung gegenüber den Erwartungen der Patienten.
Dabei handeln wir als Partner der Ärzte, Pfleger, Apotheker und aller anderen Beteiligten am Gesundheitswesen.
Wir achten stets darauf, dass unsere Kunden Produkte in höchstmöglicher Qualität und zu angemessenen Preisen erhalten.

Mitarbeiter
Jeder Mitarbeiter ist als Individuum zu achten. Leistung wird anerkannt, Ideen und Kritik werden ernst genommen.
Jeder Mitarbeiter hat Anrecht auf angemessene Vergütung, auf faire Behandlung, auf berufliche Förderung und auf Sicherheit am Arbeitsplatz.
Jede Führungskraft verpflichtet sich, gerecht und ethisch zu handeln und sich für die Sicherung der Arbeitsplätze einzusetzen.
Alle Mitarbeiter widmen ihre volle Arbeitskraft dem Unternehmen, ohne dabei das Gleichgewicht zwischen beruflichen, familiären und persönlichen Interessen ernsthaft zu gefährden.

Gesellschaft
Wir nehmen unsere soziale Verantwortung als Arbeitgeber ernst.
Wir handeln nicht nur stets nach geltendem Recht, sondern auch nach den Prinzipien der Fairness gegenüber unseren Partnern.
Besonderes Augenmerk legen wir auf den Schutz unserer Umwelt.

Aktionäre
Wir sind unseren Aktionären gegenüber verantwortlich und verpflichtet, einen angemessenen Gewinn zu erwirtschaften.
Wir wollen unsere Eigenständigkeit als Janssen-Cilag bewahren, uns aber gleichzeitig für eine sinnvolle Integration innerhalb der Johnson & Johnson-Gruppe einsetzen.

Abb. 50 Das Selbstverständnis der Janssen-Cilag GmbH (mit freundlicher Genehmigung der Janssen-Cilag GmbH)

- Mit dem Zukunftspreis zeichnet die Janssen-Cilag GmbH Projekte aus, die außergewöhnliche Beiträge zur Verbesserung des Gesundheitswesens und der Lebensqualität für Patienten und deren Angehörige geleistet haben.[70] Dabei handelt es sich um Projekte, die von Institutionen außerhalb der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson initiiert wurden und getragen werden.

70 Einer der Preisträger des Jahres 2010 ist das von den DRK Kliniken Berlin in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut entwickelte Berliner Transitionsprogramm.

9.5 Die Überzeugung der Akteure von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns

9.5.1 Die für die Überzeugungsarbeit notwendigen Instrumente

Das Credo wird in der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson und in der Janssen-Cilag GmbH konsequenter denn je gelebt (Johnson & Johnson, S. 1). Dieses wird vor allem dadurch erreicht, dass

1. schon bei der Rekrutierung neuer Führungskräfte und Mitarbeiter darauf geachtet wird, dass nur solche Führungskräfte und Mitarbeiter eingestellt werden, die bereit sind, die Wer-

te des Credos zu akzeptieren und entsprechend verantwortungsvoll zu handeln (Kap. 9.5.2),
2. die Führungskräfte einen Beitrag dafür leisten, dass die Akteure des Unternehmens sozial verantwortlich handeln wollen (Kap. 9.5.3) und
3. Credo-Challenge-Meetings in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden (Kap. 9.5.4).

9.5.2 Personalbeschaffung

Die Grundlage für die Auswahl der geeigneten Führungskraft unter den Bewerbern um eine zu besetzende Stelle ist ein Anforderungsprofil, das aus dem Credo abgeleitet worden ist (s. folgenden Abschnitt). Im Sinne eines generischen Kompetenzmodells werden die für das Unternehmen erfolgskritischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse – fachlicher, methodischer und sozialer Art – in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. Mit Hilfe dieses Anforderungsprofils lässt sich im Rahmen des Auswahlverfahrens feststellen, ob das Verhalten des Bewerbers im Sinne des Credos zu erwarten ist, „ob er in die Welt von Johnson & Johnson passt". Analog wird bei der Einstellung von Mitarbeitern verfahren.

Führungskräfte-Anforderungsprofil (Ausschnitt)

Global Leadership Profile (Credo Values, Customer Focus, Innovative Solutions, Developing diverse Talents)

Integrity and Credo-based Actions
builds trusts; tells the truth; initiates transparency into problems; demonstrates genuine caring

Strategic Thinking
driven to envision a better future; takes any role or job and makes it better; customer central to all thinking; a change agent

Organization & Talent Development
motivates and empowers others to achieve a desired action; enjoys developing a diverse group of people; instills confidence; attracts good people; brings out the best in others; invests time to be personally „connected"

….

9.5.3 Personalführung

Das Instrument, mit dessen Hilfe die Mitarbeiter von der Vorteilhaftigkeit sozial verantwortlichen Handelns überzeugt werden können, ist vor allem die Personalführung. Diese sorgt auf zwei Wegen für die nachhaltige Wirksamkeit des Credos:

Die Personalführung trägt
- einerseits durch die direkte, persönliche Interaktion zwischen der Führungskraft und deren Mitarbeitern und
- zum anderen durch die den Bedürfnissen der Mitarbeiter nach Sicherheit, Wertschätzung, Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung entsprechende Gestaltung der Arbeitsplätze

zur Motivation der Mitarbeiter und somit dazu bei, dass sich diese mit den Verpflichtungen des Credos identifizieren und in diesem Sinne sozial verantwortlich handeln wollen ([b] in Abb. 51).

Die Führungskraft verstärkt die Wirkung der skizzierten Führungsarbeit, indem sie ihre Rolle als Vorbild nutzt ([a] in Abb. 51); sie gibt den Mitarbeitern, die ihre Vorgesetzten im Regelfall intensiv beobachten, Gelegenheit, am Modell zu lernen. Sie überzeugt ihre Mitarbeiter von der Nützlichkeit des neuen Management-Konzepts dadurch, dass sie Personalführung unter Berücksichtigung der Interessen der von ihr geführten Mitarbeiter und als Ergebnis einer argumentativen, dialogischen Verständigung praktiziert und ihre Führungsentscheidungen begründet. Sie richtet ihre Entscheidungen, von denen Mitarbeiter und andere Stakeholder betroffen sind, an den Werten des Credos und damit an den Stakeholder-Anliegen aus.

Personalführung in diesem Sinne bedarf der Unterstützung durch personelle und strukturelle Voraussetzungen. Deren konkrete Ausprägung in der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe – nämlich die der Führungsorganisation und der Mitarbeitergespräche – wird nachfolgend zum Thema gemacht.

Mitarbeiter können am besten davon überzeugt werden, sozial verantwortlich handeln zu wollen, wenn nicht nur bei dem Erbringen entsprechender Führungsleistungen, sondern auch schon bei der Entwicklung des Führungskonzepts die Grundpostulate für ein Management der sozialen Verantwortung angemessen berücksichtigt werden. Deshalb wird im Zusammenhang mit den Ausführungen in den folgenden Abschnitten immer

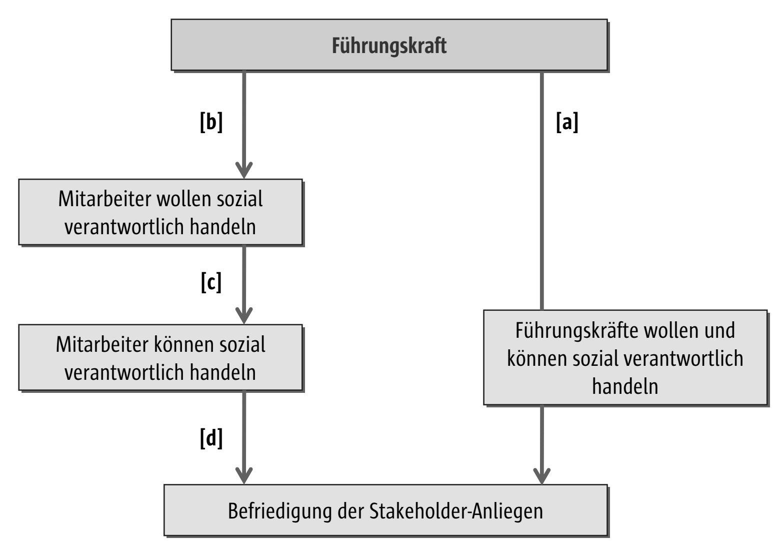


Abb. 51 Sozial verantwortliches Handeln durch Führungskraft und Mitarbeiter

wieder auf die Ausrichtung des Führungskonzepts der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe anhand einschlägiger Grundpostulate hingewiesen.

a) Führungsorganisation

Im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Führungsorganisation, die geeignet ist, Führungskräfte und Mitarbeiter dabei zu unterstützen, entsprechend den Forderungen des Credos sozial verantwortlich zu handeln, sind zwei Entscheidungen zu fällen:

1. Sollen Leitungsaufgaben zentral oder dezentral wahrgenommen werden?
2. Welche Leitungsaufgaben sollen von Führungskräften an ihre Mitarbeiter delegiert werden?

Johnson & Johnson umfasst etwa 250 Unternehmen. Das Management dieser Unternehmen ist, was das Umsetzen der den gesamten Konzern betreffenden strategischen unternehmerischer Entscheidungen und das Wahrnehmen der Verantwortung gegenüber den Patienten und Kunden vor Ort anbelangt, mit einem hohen Maß an Eigenständigkeit ausgestattet. Die Begründung dafür ist: Die Kunden-Anliegen sind vor Ort am besten bekannt; deshalb kann auf der Grundlage nur dieser Art von Leitungsorganisation die Verantwortung gegenüber den Kunden überzeugend wahrgenommen werden. Die argumentative, dialogische Verständigung zwischen den Kunden und den Unternehmen der Unternehmensgruppe mit dem Ziel der ständigen Verbesserung des Produkte- und Dienste-Angebots wird auf diese Weise gefördert.

Innerhalb der Unternehmen ist die Leitungsarbeit weitgehend dezentral organisiert. Dafür sprechen einerseits die schon für die Makroebene genannten Argumente sowie zum anderen die Verantwortung, die von dem Unternehmen gegenüber der Geschäftsführung, den Führungskräften und den Mitarbeitern wahrzunehmen ist. Durch die Verlagerung der Entscheidungsbefugnisse möglichst weit an die Basis der Unternehmen wird ein Beitrag zur Befriedigung diverser Mitarbeiter-Bedürfnisse, unter anderem nach Selbstentfaltung, Selbstverwirklichung und Wertschätzung (Staehle, S. 853), geleistet und damit der erwähnten Verantwortung entsprochen.

Die Mündigkeit der Mitarbeiter und damit deren Motivation werden mittels der Dezentralisierung der Leitungsstruktur gefördert, weil die Mitarbeiter eben nicht mehr nur ausführend tätig sind und andernorts gefällte Entscheidungen umsetzen müssen. Die Mitarbeiter werden befähigt, auf der Basis einer kritischen Loyalität zu den übrigen Verantwortungsträgern unternehmensintern für richtig gehaltene Entwicklungen in Frage zu stellen und eigene Positionen auch gegen Widerstand durchzusetzen.

Die Verantwortungsträger in den verschiedenen Ebenen bei Johnson & Johnson delegieren be-

stimmte Entscheidungs- und Kontrollaufgaben an ihre Mitarbeiter. Auf diese Weise können die Erfahrungen hinsichtlich der Kunden-Bedürfnisse, über die viele Mitarbeiter auf Grund ihres intensiven Kontakts zu ihren Kunden verfügen, möglichst authentisch und rasch bei Entscheidungen berücksichtigt werden. Die Delegation von Teilen der Leitungsaufgaben an Mitarbeiter ist schließlich ein weiterer Beitrag zur Befriedigung der Mitarbeiter-Bedürfnisse, insbesondere ein Ausdruck der Wertschätzung des Managements für die Mitarbeiter, und damit ein Beitrag dafür, dass Mitarbeiter sozial verantwortlich handeln wollen.

b) Führen mit Mitarbeitergespräch und Personalentwicklung

Jede Führungskraft führt zweimal jährlich mit jedem Mitarbeiter ein Mitarbeitergespräch durch. Dieses Gespräch ist ein Zielvereinbarungs-, ein Mitarbeiterorientierungs- und ein Beurteilungsgespräch (zu den drei Gesprächsarten s. Naegler et al., S. 280ff.). Es dient der Feststellung, ob die mit dem Mitarbeiter vereinbarten und/oder die von ihm zu erwartenden Leistungen von diesem erbracht worden sind und wie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Führungskraft und dem Mitarbeiter von diesen beiden beurteilt wird. Grundlage des Mitarbeitergesprächs ist das schon erwähnte Anforderungsprofil sowie die gegebenenfalls abgeschlossene Zielvereinbarung.

Mittels des Mitarbeitergesprächs folgt das Führungskonzept der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe mehreren Grundpostulaten des Managements der sozialen Verantwortung: Mit dem Gespräch bringen die Verantwortungsträger unter anderem ein hohes Maß an Wertschätzung für die Mitarbeiter zum Ausdruck. Die Fähigkeiten sowohl der Führungskräfte als auch der Mitarbeiter zur argumentativen, dialogischen Verständigung werden ausgebaut. Die Mündigkeit der Mitarbeiter wird gestärkt.

Das Mitarbeitergespräch *allgemein gesprochen* hat sowohl eine Analyse- als auch eine Therapiefunktion. Im Regelfall werden die beiden Funktionen während eines Gesprächs zusammen wahrgenommen. Wenn die Führungskraft bei einem Mitarbeiter Defizite hinsichtlich dessen Engagement für sozial verantwortliches Handeln (= Einstellungs-Defizite) oder auch andere Defizite feststellt (= Analysefunktion), wird sie das Gespräch nutzen, um mit Hilfe des Einsatzes spezifischer Führungsleistungen diese Defizite zu beseitigen (= Therapiefunktion). Wenn das Mitarbeitergespräch nicht mit diesem Ergebnis beendet werden kann, dem Mitarbeiter aber entsprechende Entwicklungspotenziale attestiert werden können, werden ihm zwecks Schließen der festgestellten Lücken geeignete Maßnahmen der Personalentwicklung angeboten.

Von den als Ergebnis des Mitarbeitergesprächs festgestellten Defiziten interessieren zunächst die Einstellungsdefizite. Diese bedingen den Einsatz spezifischer Bildungsmaßnahmen, nämlich solcher, die die gesamte Persönlichkeit, und nicht nur einzelne Funktionen, im Blick haben. Personalentwicklung ist in diesem Zusammenhang eine Einstellungsentwicklung.

9.5.4 Credo-Challenge

Unternehmen können auf unterschiedliche Weise darauf hinwirken, dass sich die in dem Unternehmen tätigen Mitarbeiter verantwortungsbewusst verhalten. Das Credo-Challenge-Meeting ist ein – neben der Personalbeschaffung und der Personalführung – weiteres Instrument, das in diesem Sinne in der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson eingesetzt wird.

In regelmäßigen Abständen werden die Führungskräfte der Johnson & Johnson Unternehmensgruppe zu Credo-Challenges eingeladen. Das Ziel dieser – zum Teil virtuellen – Veranstaltungen ist

- die praxisnahe Sensibilisierung der Verantwortungsträger im Unternehmen insgesamt für die Vorteilhaftigkeit der Realisierung der mit dem Credo zum Ausdruck gebrachten Werte;
- die über alle kulturellen, politischen und rechtlichen Grenzen hinweg stattfindende Konsensbildung darüber, was man als Mitarbeiter des Unternehmens nicht macht,
- die Bekräftigung der Werte-Priorisierung im Sinne der Fassung des Credos aus dem Jahr 1943 und
- Verständnis entwickeln für die Bedürfnisse der Abnehmer der Johnson & Johnson-Produkte und -Dienste und die der Mitarbeiter in anderen Kulturen.

Zu den Credo-Challenges werden alle Mitglieder der oberen Führungsebenen der jeweiligen Konzernunternehmen eingeladen.

Gegenstand der Challenges sind Case-Studies, die Probleme beschreiben, die in Unternehmen

außerhalb des Konzerns zur Lösung anstanden, die aber auch hätten bei Johnson & Johnson entstehen können. Es ist die Aufgabe der Teilnehmer, die Lösung des Problems unter Berücksichtigung der Credo-Werte zu erörtern. Dabei wird großer Wert darauf gelegt, dass Lösungsansätze diskutiert werden, die weltweit umgesetzt werden könnten; eine regional ausgerichtete Argumentation wird in diesen Führungszirkeln nicht akzeptiert.

9.6 Die Unterstützung des Könnens der Akteure durch Personalentwicklung

Von den Mitarbeitern wird erwartet, dass sie nicht nur sozial verantwortlich handeln wollen. Sie müssen auch in die Lage versetzt werden, verantwortlich handeln zu können ([c] in Abb. 51) und das Können in die Tat umzusetzen ([d] in Abb. 51). Dieses setzt allerdings voraus, dass die Mitarbeiter nicht nur über die Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, die sie zu der Wahrnehmung ihrer Aufgabe befähigen. Sie müssen darüber hinaus spezifische Fach-, Methoden- und/oder Sozialkompetenzen nachweisen können, wenn ihnen zu ihrer Aufgabe zusätzlich die Funktion eines Verantwortungsträgers übertragen worden ist. Ist Letzteres nicht der Fall (= Fähigkeits-Defizit), wird Personalentwicklung als Fähigkeitsentwicklung erforderlich.

Das Realisieren des Credos evoziert spezifische Entwicklungsinhalte. Vor allem geht es darum, die Mitarbeiter diskursfähig zu machen (Wittmann, S. 187). Das bedeutet einerseits, die Mitarbeiter darin zu bestärken, Konflikte in einem multipersonal, arbeitsteilig organisierten und in seine Umwelt integriertes Unternehmen als selbstverständlich zu akzeptieren, diese offen anzusprechen und sie aktiv zu lösen. Damit die genannten Akteure dazu fähig sind, müssen deren kognitive, soziale und kommunikative Fähigkeiten ausgebaut werden. Von zentraler Bedeutung sind dabei Fähigkeiten wie Dialogfähigkeit, Kooperationsvermögen, Achtung gegenüber den Bedürfnissen anderer, Toleranz, Solidarität und Konsenswillen (s. Tab. 19).

9.7 Evaluierung des Credos

9.7.1 Zielsetzung und Überblick

Im Zusammenhang mit der Evaluierung eines Unternehmensleitbildes stellen sich grundsätzlich zwei Fragen:

1. Ist der Inhalt des Credos und sind die darin genannten Adressaten der sozialen Verantwortung und deren Bedürfnisse noch aktuell?
2. Wie wird das Credo im Unternehmens-Alltag praktiziert?

Zu 1. Eine systematische Evaluierung des Credos mit dem Ziel zu prüfen, ob die darin ausgewiesenen Stakeholder(-Gruppen) und ob insbesondere die Stakeholder-Bedürfnisse, zu deren Berücksichtigung sich das Unternehmen verpflichtet hat, noch aktuell sind oder gegebenenfalls durch andere ersetzt werden müssen, findet nicht statt. Das Credo ist – es wurde bereits darauf hingewiesen – so formuliert, dass Veränderungen daran nicht beabsichtigt waren und dem Grunde nach – wegen der mehr allgemein gehaltenen Formulierungen – auch nicht notwendig sind.

Diese Aussage gilt in Hinblick auf den Geist des Credos (Johnson & Johnson, S. 1). Veränderungen wurden aber anlassbezogen vorgenommen. Einerseits wurde die Sprache des Credos aktualisiert. Auch wurde das Credo in Anbetracht der Veränderungen in der Unternehmensumwelt und der notwendigen Neu-Justierung der Verantwortung für das berufliche Engagement der Mitarbeiter auf der einen Seite und für deren Familie zum anderen um Aussagen ergänzt (s. Fußnote 69).

Zu 2. Das Credo der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe wird von deren 120.000 Mitarbeitern auch noch 60 Jahre nach dessen Einführung so gelebt, wie dieses von dem Initiator und Autor des Credos beabsichtigt war. Dieses ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass das Management durch verschiedene kommunikative Maßnahmen das Credo kontinuierlich anspricht und überprüft, ob die inhaltlichen, personellen und strukturellen Voraussetzungen dafür noch gegeben sind. Gegebenenfalls sind die notwendigen Korrekturen zu veranlassen.

Um diese Ziele erreichen zu können, setzt das Unternehmen vier Instrumente ein:

1. den Credo-Survey (s. Kap. 9.7.2),
2. den Engagement-Survey (s. Kap. 9.7.3),
3. die Befragung der Kunden (s. Kap. 9.7.4) und
4. die Delphi-Studien (s. Kap. 9.7.5).

9.7.2 Der Credo-Survey

Die Methode

Mittels des alle zwei Jahre im Wechsel mit dem Engagement-Survey durchgeführten Credo-Surveys überzeugt sich das TOP-Management des Unternehmens davon, wie gut die Organisationsmitglieder die in dem Credo festgehaltenen Verantwortlichkeiten wahrnehmen und ob sie die notwendige personelle und strukturelle Unterstützung als Voraussetzung für das Wahrnehmen von sozialer Verantwortung erhalten. Wenn anhand der Befunde erkennbar wird, dass die in dem Credo zum Ausdruck gebrachten Verpflichtungen eher weniger konsequent erfüllt werden, werden die erforderlichen und von der Geschäftsführung mit Prioritäten versehenen Korrekturmaßnahmen in Arbeitspläne übernommen und systematisch abgearbeitet (Johnson & Johnson, S. 1). Die geschäftsbereichsspezifischen Befunde und die Arbeitspläne werden in den Geschäftsbereichen mit den Mitarbeitern ausführlich erörtert.

Die im Zusammenhang mit der Evaluierung des Credos auftretenden methodischen Schwierigkeiten sind allerdings beträchtlich. So kann man zwar die Protokollierung der Entscheidungsprozesse auswerten und damit feststellen, ob die Anliegen der verschiedenen Stakeholder bei Entscheidungen überhaupt und möglicherweise auch mit welchem Gewicht berücksichtigt werden. Welchen Nutzen das Unternehmen durch sozial verantwortliches Handeln seiner Akteure hat und welches Maß an Bedürfnisbefriedigung für die von den Entscheidungen betroffenen erreicht wird, lässt sich mit validen Ergebnissen nicht ermitteln.

Die Frage, ob sozial verantwortliches Handeln im Sinne von Robert W. Johnson praktiziert wird, kann also über eine Ergebnismessung nicht beantwortet werden. Mit dem Credo-Survey hat das Management der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson deshalb eine Evaluierungs-Methode installiert, die von der Annahme ausgeht, dass gute Strukturen – dazu zählen vor allem qualifizierte und motivierte Mitarbeiter – und gut organisierte Prozesse die Voraussetzungen für gute Ergebnisse sind und die guten Ergebnisse sich auch einstellen.

Der Initiator und Autor des Credos verlangte von dem Management, dem Credo zur Wirksamkeit zu verhelfen; dabei verstand er unter dem Management das Unternehmen, die Geschäftsführung und die Führungskräfte in den verschiedenen Leitungsebenen. Mit der Fokussierung auf das Management wollte Robert W. Johnson die Mitarbeiter von ihrer Verantwortung zu sozialem Handeln allerdings nicht entlasten. Er hat damit vielmehr unausgesprochen unterstellt, dass das Management der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe seinen Verpflichtungen aus dem Credo sowohl direkt als auch indirekt nachkommt (s. Abb. 51):

- direkt, indem es seine Entscheidungen, von denen Mitarbeiter und andere Stakeholder betroffen sind, an den Werten des Credos und damit an den Stakeholder-Anliegen ausrichtet ([a] in Abb. 51), und
- indirekt, indem es die Mitarbeiter durch Motivation – also durch die Befriedigung der Bedürfnisse der Mitarbeiter nach Sicherheit, Wertschätzung, Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung – und Qualifikation, vor allem aber durch seine Vorbildfunktion dazu veranlasst, sozial verantwortlich handeln zu wollen ([b] in Abb. 51), sowie durch den Aufbau geeigneter Organisationsstrukturen in den Stand versetzt, dieses auch zu können ([c] in Abb. 51) und zu tun ([d] in Abb. 51).

Es ist deshalb konsequent, die Akteure der Unternehmensgruppe danach zu fragen, wie sie ihre Arbeitsbedingungen beurteilen. Anhand der daraus gewonnenen Befunde lässt sich erkennen, ob die Voraussetzungen für das Einlösen der Credo-Verpflichtungen gegeben sind und welches die Gründe für ein eventuelles Defizit zwischen dem gewünschten und dem vermuteten tatsächlichen Verhalten der Verantwortungsträger sind; gegebenenfalls werden die Bedingungen für sozial verantwortliches Handeln verbessert.

Der Credo-Survey ist Gegenstand einer mit dem Betriebsrat abgeschlossenen Betriebsvereinbarung. In dieser ist eine ganze Reihe von Einzelheiten zu der Befragung und zu dem Umgang mit den Befragungsergebnissen festgelegt. Insbesondere wird mit der Betriebsvereinbarung der Schutz der Anonymität gewährleistet.

Die Befragung

Alle zwei Jahre erhalten die etwa 120.000 Führungskräfte und Mitarbeiter der Unternehmensgruppe den online basierten Credo-Survey-Fragebogen über einen Intranet-Link zugestellt. Sie

werden gebeten, diesen innerhalb von etwa zwei bis drei Wochen auszufüllen. Die Ergebnisse werden im Intranet allen Führungskräften und Mitarbeitern anonymisiert zugänglich gemacht.

Der Fragebogen ist in der Originalfassung in englischer Sprache abgefasst. Er wird den Führungskräften und Mitarbeitern als Übersetzung in deren Landessprache zugestellt. Um sicherstellen zu können, dass der Inhalt der Fragen durch das Übersetzen nicht verändert wird und damit die Antworten ungenau und möglicherweise unbrauchbar werden, werden die Übersetzungen von den lokal für das Personalmanagement verantwortlichen kontrolliert; erst danach wird der Fragebogen freigegeben und den Führungskräften und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Der Credo-Survey-Fragebogen umfasst 79 Fragen (einen Ausschnitt davon s. Tab. 31). Die Fragen sind 24 Themenfeldern (s. Tab. 32) zugeordnet. Die Antworten zu einigen Fragen werden bei mehreren Themenfeldern ausgewiesen; sie können zu der Erarbeitung der Befunde in mehreren Themenfeldern beitragen. Der Fragebogen enthält Freitext-Felder.

Die Befragung wird von einem nicht der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson angehörenden Unternehmen durchgeführt. Die Fra-

Tab. 31 Die Fragen des Credo-Survey-Fragebogens (Ausschnitt aus 2009)

Themenfeld	Fragen
08. Arbeitsumgebung	Wie beurteilen Sie Ihre FIRMA in Bezug darauf, Ihnen das Gefühl eines sicheren Arbeitsverhältnisses zu vermitteln? Wie beurteilen Sie Ihre FIRMA in Bezug darauf, wie fair und beständig die Betriebsvereinbarungen bzw. Firmenrichtlinien – unter Berücksichtigung der Gleichbehandlung aller – umgesetzt werden? Wie zufrieden sind Sie mit der Anerkennung, die Sie für gute Arbeit bekommen? ….
12. Vorgesetzte(r)	Wie zufrieden sind Sie mit der Anerkennung, die Sie für gute Arbeit bekommen? Das tägliche Verhalten meines Vorgesetzten unterstützt unsere Credo-Werte. Bewerten Sie bitte Ihren DIREKTEN VORGESETZTEN bezüglich der Fähigkeit, jedem Einzelnen des Gefühl zu vermitteln, Teil des Teams zu sein. Bewerten Sie bitte Ihren DIREKTEN VORGESETZTEN bezüglich der Bereitstellung notwendiger Information, um die Arbeit gut durchführen zu können. Mein direkter Vorgesetzter unterstützt mich, qualitativ und quantitativ gute Arbeit zu leisten. …
14. Engagement gegenüber Qualität	In meiner FIRMA bestimmen Vorgesetzte und Mitarbeiter gemeinsam, was unter „guter Arbeit“ zu verstehen ist. Mein direkter Vorgesetzter unterstützt mich, qualitativ und quantitativ gute Arbeit zu leisten. Wie beurteilen Sie Ihre FIRMA bezüglich der Herstellung von erstklassigen Produkten und Dienstleistungen? Wie bewerten Sie die Arbeitsqualität in Ihrer Arbeitsgruppe insgesamt? …
16. Orientierung am Kunden	Meine FIRMA versteht die Bedürfnisse der Kunden. Wie bewerten Sie insgesamt das Verantwortungsbewusstsein Ihrer FIRMA hinsichtlich Kunden? Wie bewerten Sie insgesamt das Verantwortungsbewusstsein Ihrer FIRMA hinsichtlich des Gemeinwesens? Wie bewerten Sie die Arbeitsqualität in Ihrer Arbeitsgruppe insgesamt? …

Tab. 32 Die Themenfelder des Credo-Survey-Fragebogens

Themenfelder	
Anforderungen am Arbeitsplatz	Zufriedenheit am Arbeitsplatz
Aufstiegsmöglichkeiten	Engagement gegenüber Qualität
Index zu den Anforderungen des Arbeitslebens	Ziele & Zielsetzungen
Nach oben gerichtete Kommunikation	Orientierung am Kunden
Belohnung & Anerkennung	Credo Elemente
Innovatives Klima	Mitarbeiterinnovation
Kommunikation	Management
Arbeitsumgebung	Ethisches Verhalten
Teamarbeit	Unternehmensinnovation
Credo Verhaltensweisen	Unternehmenszufriedenheit
Diversitätsindex	Wertschätzung von Menschen
Vorgesetzte(r)	Engagement-Index

gen werden anonym beantwortet. Die Antworten können nicht zu dem Mitarbeiter, der sie gegeben hat, nachverfolgt werden. Dennoch bedarf es einer Fehlerkultur und eines Betriebsklimas, das den Mitarbeitern signalisiert, dass Offenheit nicht schadet, und das ihnen die Angst nimmt, Unzulänglichkeiten und Fehlentwicklungen beim Namen zu nennen. Es werden mündige Mitarbeiter benötigt, die imstande sind, die vom Unternehmen für richtig gehaltene Positionen in Frage zu stellen. Die Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe investiert in diesem Sinne in die Organisations- und in die Personalentwicklung, um mit Hilfe des Credo-Surveys valide Ergebnisse erhalten zu können.

Es gibt unterschiedlich aggregierte Auswertungen für die Unternehmensgruppe Johnson & Johnson insgesamt, für die etwa 250 Unternehmen (Niederlassungen, gegründete und erworbene Tochtergesellschaften) sowie für einzelne Geschäftsbereiche und Berichtsgruppen in diesen. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt – mit einer Ausnahme: Um die Anonymität der Auswertung gewährleisten zu können, werden Auswertungen für Berichtsgruppen mit 15 oder weniger Mitarbeitern nicht vorgenommen.

Wenn es Anlass gibt zu der Annahme, dass die Führungskräfte und die Mitarbeiter die Bedürfnisse der Stakeholder bei ihren Entscheidungen nicht mit dem gewünschten Gewicht berücksichtigen, werden unverzüglich Korrekturen vorgenommen (Johnson & Johnson, S. 1). So wurden zum Beispiel bei der Janssen-Cilag GmbH aufgrund der eindeutigen Survey-Ergebnisse und der Kommentare in den Freitext-Feldern die Kanäle für die interne Kommunikation erweitert, um neben der Top-down- auch die Bottom-up-Kommunikation zu erleichtern – im Sinne der Befriedigung der Stakeholder-Anliegen eine Maßnahme von zentraler Bedeutung.

9.7.3 Der Engagement-Survey

Das Management der Johnson & Johnson Unternehmensgruppe ist daran interessiert, möglichst zeitnah darüber informiert zu werden, ob sich die Einstellungen und Haltungen der Mitarbeiter zu dem Credo möglicherweise verändert haben. Ein wesentlicher Punkt ist dabei das Engagement der Mitarbeiter. Deshalb wird im jährlichen Wechsel mit dem Credo-Survey ein Engagement-Survey durchgeführt.

Hinsichtlich der Vorgehensweise entspricht der Engagement-Survey dem Credo-Survey. Der Fragebogen ist allerdings mit 15 Fragen deutlich weniger umfangreich. Aus dem Credo-Survey-Fragebogen werden ausschließlich die Fragen in den Engagement-Survey-Fragebogen übernommen, die sich auf die Einstellung und die Haltung der Mitarbeiter zu dem Credo sowie auf deren Credo-Praxis beziehen.

9.7.4 Befragung der Kunden

Mit der Befragung der Kunden des Unternehmens werden mehrere Ziele verfolgt:

Das Management will sich erstens vergewissern, ob die Kunden den Eindruck haben, dass ihre Bedürfnisse bei Entscheidungen, sie betreffend, prioritär berücksichtigt werden. Das Bild, das die Kunden von dem Unternehmen und seinen Akteuren haben, liefert somit zusätzlich zu den Befunden des Credo-Surveys wertvolle Informationen über das Praktizieren des Credos im Unternehmens-Alltag.

Der Dialog mit den Kunden des Unternehmens – damit sind vor allem niedergelassene Ärzte und Fachgeschäfte, die die Produkte des Unternehmens vertreiben, sowie die Endverbraucher gemeint – dient auch dazu, möglichst viele Informationen über den Kunden zu sammeln (Göbel 1992, S. 152ff.); unter anderem wird danach gefragt,

- welche Anliegen die Stakeholder haben, (So muss unter anderem festgestellt werden, was die Verbraucher der Produkte unter deren Qualität verstehen und welchen Preis sie bereit sind zu akzeptieren.)
- welche Ziele diese mit ihren eigenen Aktivitäten verfolgen, Ziele, die hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Stakeholdern möglicherweise relevant sind,
- welche Motive hinter diesen Zielen stecken und mit Hilfe welcher Strategien die Stakeholder ihre Ziele erreichen wollen,
- welche Kooperationen es zwischen den Stakeholdern gibt und
- welchen Einfluss die Stakeholder mit welcher Mächtigkeit auf das Unternehmen ausüben können?

Der Dialog mit den Kunden soll also Aufschluss darüber geben, ob sich die Bedürfnisse der Kunden und die Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen dem Unternehmen und den Kunden verändert haben und ob deshalb Veränderungen an der Produkt- und Dienste-Palette sowie an dem Marktauftritt des Unternehmens notwendig werden. So beobachten die Experten des Unternehmens im Dialog mit den Verbrauchern, wie der Markt die Angebote beurteilt. Um stets aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis einzubeziehen, pflegt das Unternehmen zudem engen Kontakt mit Ärzten, Hebammen, Krankenschwestern und anderen Gesundheitsexperten.

Dieser Dialog soll aber nicht nur dazu dienen, den Ist-Zustand zu erfassen. Wichtig ist auch zu erfahren, wie sich die Anliegen der Stakeholder und die übrigen genannten Aspekte in Zukunft verändern werden. Auf diese Weise kann sich die Johnson & Johnson Unternehmensgruppe rechtzeitig auf Veränderungen des Marktes, auf Veränderungen der Bedürfnisse ihrer Kunden einstellen.

Das Unternehmen bereitet die Führungskräfte und die Mitarbeiter auf die Kundenbefragung vor, indem es deren Fähigkeit und Bereitschaft zu einer argumentativen, dialogischen Auseinandersetzung mit den Vertretern der verschiedenen Stakeholder-Gruppen fördert.

9.7.5 Delphi-Studien

Während die Befragung der Stakeholder deren Bedürfnisse und die Zusammenarbeit zwischen der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe und den Stakeholdern in den Mittelpunkt stellt, es sich also um eine Umweltanalyse in der Mikroebene handelt, sind die Delphi-Studien dagegen in der Mesoebene angesiedelt. In der Delphi-Studienreihe werden wichtige Fragen der Zukunftsgestaltung des Gesundheitswesens gemeinsam mit den Stakeholdern aufgeworfen. Als Anregungen für die Beantwortung dieser Fragen werden Interviews durchgeführt bzw. verschiedene Szenarien entwickelt, die allen Stakeholdern anschließend zur Verfügung gestellt werden.

Beispiel

Delphi I (1994): *Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens aus Sicht von Ärzten und Experten*
Delphi II (1999): *Der Patient im Mittelpunkt*
Delphi III (2002): *Der Patient vor der Wahl – durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung*
Delphi IV (2005): *Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will*
Delphi V (2009): *Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance!*[71]

71 Die Ergebnisse der 5. Janssen-Cilag Delphi-Studie sind veröffentlicht in verschiedenen Beiträgen in der Ärzte Zeitung, Sonderdruck, Februar 2009, sowie unter www.delphi-Studienreihe.de.

Indem die Janssen-Cilag GmbH die Delphi-Studien initiierte und den Rahmen für die Bearbeitung der durch die Studien gewonnenen umfangreichen Materialien zur Verfügung stellt, nimmt sie ihre sozialen Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen wahr. Sie kommt damit auf eindrucksvolle Weise den Forderungen der Gründer der Johnson & Johnson-Unternehmensgruppe nach.

9.8 Zusammenfassung

Das präsentierte Best-Practice-Beispiel zeigt, welche Maßnahmen notwendig sind, um das Management der sozialen Verantwortung zum festen Bestandteil der täglichen Routine in einem Unternehmen werden zu lassen:

- Da gab es zunächst die Absicht der Gründer der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson, dem Gemeinwohl zu dienen und alle Entscheidungen auf dieses Ziel auszurichten. Im Sinne der Goldenen Regel sollte der Unternehmenserfolg am Nutzen für die Allgemeinheit und an dem Nutzen für jeden einzelnen Bürger gemessen werden.
- Das schnelle Wachstum des Unternehmens und der daraus folgenden Unmöglichkeit, allen Mitarbeitern mündlich mitzuteilen, was von ihnen im Sinne sozial verantwortlichen Handelns erwartet wird. führte zu der Formulierung und schriftlichen Fixierung des Credos durch ein Mitglied der den Gründern folgenden Generation, durch Robert W. Johnson.
- Robert W. Johnson wies die Führungskräfte an, bei allen ihren Entscheidungen und Handlungen den Verpflichtungen des Credos konsequent nachzukommen. Er übertrug den Führungskräften die Verantwortung auch dafür, dass deren Mitarbeiter sich stets im Sinne der Goldenen Regel verhalten, und dass somit die Grundideen des Credos in allen Ebenen des Unternehmens zu Wirkung kommen.
- Robert W. Johnson war davon überzeugt, dass Appelle allein nicht ausreichen werden, eine so große Zahl von Akteuren mit höchst unterschiedlichen persönlichen Bedürfnissen und Anliegen auf die Realisierung des Credos zu verpflichten. Er ordnete deshalb an, dass der Umgang mit dem Credo in der Praxis kontrolliert wird und dass aus den Ergebnissen der Kontrolle die erforderlichen Konsequenzen im Sinne des Credos gezogen und umgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

Albach, H.: Betriebswirtschaftslehre ohne Unternehmensethik! In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2005, Heft 9, S. 809–831

Andersen, B.: A Frame work for Business Ethics, in: Quality Progress, 1. März 2008, S. 22–28

Andrews, K.R.: The Concept of corporate strategy, third Edition, Homewood, Illinois, 1987

Ansoff, H.I.: Strategic Issue Management, Strategic Management Journal, Vol. 1, No. 2 (Apr.–Jun.), 1980, S. 131–148

Arthur D Little; Business in the Community: The Business Case for Corporate Responsibility, Dez. 2003.

Augurzky, B. et al.: Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenversorgung in der Krise?, Stuttgart 2010

Badura, B.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Beck, U.: Gegengifte – Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt am Main 1988

Behrends, B.: Praxis des Krankenhausbudgets nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, Berlin 2009

Berkel, K.; Herzog, R.: Unternehmenskultur und Ethik, Heidelberg, 1997

Bernau, V.: Die schwierige Suche nach einem unabhängigen Richter (Bericht über einen Vortrag von Charles Blankart im Rahmen der Münchener Seminare), Süddeutsche Zeitung, 30 Juni 2009, S. 18

Bestmann, B.; Verheyen, Fr.: Patientenzufriedenheit – Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: WINEG WISSEN 01, Hamburg 2010

Birnbacher, D.: Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Brudermüller, G. (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg 1999

Bobbert, M.: Patientenautonomie und das Planen und Ausführen der Pflege, in: Wiesemann, Cl. et al.: Pflege und Ethik, Leitfaden für Wissenschaft und Praxis, Stuttgart 2003

Brand & Values: Hand in Hand – Corporate Volunteering als Instrument der Organisationsentwicklung in Deutschland, Studie Nr. 2, Bremen 2007

Brandes, W.P.; Schabel, F.; Wache, U.: Intellectual Capital und Kommunikation. Durch strategisches Kommunikationsmanagement Performance steigern, Leistungspotenziale ausschöpfen, Wiesbaden 2005.

Brauchlin, E.; Heene, R.: Problemlösungs- und Entscheidungsmethodik. Eine Einführung, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Berlin – Stuttgart – Wien 1995

Brudermüller, G. (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg 1999

Bühner, R.: Personalmanagement, Landsberg/Lech 1994

Büssing, A.; Glaser, J.: Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegedienstes, in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 2003

Büssing, A.; Glaser, J.: Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus: Einleitung und Überblick, in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 2003

Büssing, A.; Glaser, J.: Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung, in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 2003

Bundesministerium für Gesundheit: Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele, Berlin 2008

Carroll, A.B.: A three-dimensional conceptual model of corporate performance, Academy of Management Review, 4 (4), 1979, S. 497–505

Carroll, A.B.: Corporate Social Responsibility, Business and Society, 38/03, 1999, S. 268–295

Cassel, D.: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003

Conrad, H.-J.: Balanced Scorecard als modernes Managementinstrument im Krankenhaus, Kulmbach 2001

Coper, H.; Schulze, G.: Arzneimittelwirkungen im Alter: Bedingungen – Besonderheiten – Folgerungen, in: Baltes, P.B.; Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin – New York 1992

Cyert, R.M.; March, J.G.: A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs 1963

Dahm, K.W.: Management of Values. Ethikseminare für Führungskräfte I und II, in: Forum Wirtschaftsethik, 1993, Heft 2, S. 4–9 und 1994, Heft 2, S. 3–11

Daimler AG.: Interaktiver Nachhaltigkeitsbericht 2009, Management des Stakeholder-Dialogs, http://nachhaltigkeit2009.daimler.com/reports/daimler/annual/2009/nb/German/3080/management-des-stakeholder-dialogs.html

Dathe, D.; Hohendanner, Chr.; Priller, E.: Wenig Licht, viel Schatten – der Dritte Sektor als arbeitsmarktpolitisches Experimentierfeld, in: WZBrief Arbeit 03, Berlin 2009

Danzer, G.: Zwänge und Effekte des Technikeinsatzes in der klinischen Kardiologie, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Deekeling, E.; Fiebig, N.: Interne Kommunikation. Erfolgsfaktor im Corporate Change, Wiesbaden 1999

DeGeorge, R.T.: Competing with integrity in International Business, New York 1993

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e.V.: Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2009, in: Diakonische Texte 11.2009, Stuttgart 2009

DRK Kliniken Berlin: Leitbild, o.O. o.J.

Dubielzig, F.: Messung des Erfolgs von CSR Maßnahmen, in: Müller, M.; Schaltegger, S. (Hrsg.): Corporate Social Re-

sponsibility. Trend oder Modeerscheinung?, München 2008

Eichhorn, P.; Greiling, D.: Das Krankenhaus als Unternehmen, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003

Eichhorn, S.: Das Konzept eines integrierten Krankenhausmanagementsystems: Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Management-Lehre, in: Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Eiff von, W.: Führung und Motivation in Krankenhäusern – Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation, Stuttgart – Berlin – Köln 2000

Eiff von, W.; Stachel, K.: Zweck, Merkmale und Elemente von Unternehmenskulturen, in: Eiff von, W.; Stachel, K. (Hrsg.): Unternehmenskultur im Krankenhaus, Gütersloh 2007

Eisele W.: Bilanzen, in: Bea, Fr. X.; Friedl, B.; Schweitzer, M. (Hrsg.): Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Bd. 2: Führung, 9. Aufl., Stuttgart 2005

Enderle, G: Wirtschaftsethik im Werden, Stuttgart 1988

Enderle, G.: Zur Grundlegung einer Unternehmensethik: das Unternehmen als moralischer Akteur, in: Hohmann, K. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Wirtschaftsethik, Berlin 1992, S. 142–158

Engelke, D.-R.: Grundlagen der Aufbau- und Ablauforganisation, in: Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Europäische Kommission (Hrsg.): Grünbuch Europäische Rahmenbedingungen für die soziale Verantwortung von Unternehmen, erstellt auf der Grundlage von KOM (2001) 366 vom 18.07.2001, Luxemburg, 2001

Europäische Kommission (Hrsg.): Die soziale Verantwortung der Unternehmen. Ein Unternehmensbeitrag zur nachhaltigen Entwicklung, erstellt auf der Grundlage von KOM (2002) 347 endg., Luxemburg, 2002

European Foundation for Quality Management (2010) www.efqm.org/en/tabid/108/default.aspx; letzter Zugriff am 01. Dezember 2010

Evans, M.: Trendreport Klinikwirtschaft Ruhr – Struktur-, Leistungs- und Modernisierungstrends in der Metropole Ruhr, Bochum 2007

Fetzer, J.: Die Verantwortung der Unternehmung, Gütersloh 2004

Figge, F.; Hahn, T.; Schaltegger, S.; Wagner, M.: Sustainable Balanced Scorecard. Wertorientiertes Nachhaltigkeitsmanagement mit der Balanced Score Card, Center for Sustainability Management, Lüneburg 2001

Freeman, E.R.: Strategic management: A Stakeholder approach, Boston 1984

Freeman, E.R.: Response: Divergent Stakeholder Theory, in: Academy of Management Review, Jg. 24 No. 2, 1999, S. 233–236

Freeman, E.R.; Harrison, J.; Wicks, A.C.: Managing for Stakeholders Yale University Press 2007

French, P.A.: The Corporation as a Moral Person, in: American Philosophical Quarterly, Vol. 16., 3, 1979, S. 207–215

Friedman, M.: Kapitalismus und Freiheit, Frankfurt/Main [u.a.] 1984

Gabele, E.; Kretschmer, H.: Unternehmensgrundsätze – Empirische Erhebungen und praktische Erfahrungsbereichte zur Konzeption, Einrichtung und Wirkungsweise eines modernen Führungsinstruments, Frankfurt am Main 1986

Germis, C.: Der Murks mit der Gesundheitskarte, FAZ.NET, 6. Dezember 2007

Giddens, A.: Die Konstitution der Gesellschaft, Grundzüge einer Theorie der Strukturierung, Frankfurt a.M. 1988

Göbel, E.: Das Management der sozialen Verantwortung, Berlin 1992

Göbel, E.: Unternehmensethik – Grundlagen und praktische Umsetzung, Stuttgart 2006

Grau, A.: Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, in: STATmagazin vom 1. September 2009

Greulich, A.; Onetti, A.; Schade, V.; Zaugg, B. (Hrsg.): Balanced Scorecard im Krankenhaus. Von der Planung bis zur Umsetzung, Heidelberg 2002

Greß, St.: Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen – Aushöhlung des Solidaritätsprinzips – Einseitige Belastung der Versicherten – Noch mehr Klientelpolitik; in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): WISO Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschaft- und Sozialpolitik, Bonn 2010

Grossmann, R.: Leitungsfunktionen und Organisationsentwicklung im Krankenhaus, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Grossmann, R.; Zepke, G.: Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument im Krankenhaus, in: Grossmann, R.; Scala, K. (Hrsg.): Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen, Wien – New York 2002

Gutenberg, E.: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, Band 1: Die Produktion, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1961

Habisch, A. et al. (Hrsg.): Corporate Social Responsibility Across Europe, Berlin 2004

Härter, M.: Effekte von Shared Decission-Making – Forschungsstand zur „Adherence“, Vortrag auf der Fachtagung „Adherence“ am 11.12.2009

Halfar, B.: Technische Ensembles in der Medizin: Wirkungen und Nebenwirkungen, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Hansen, U.: Gesellschaftliche Verantwortung als Business Case, in: Schneider, U.; Steiner, P. (Hrsg.): Betriebswirtschaftlehre und gesellschaftliche Verantwortung, Mit Corporate-Social Responsibility zu mehr Erfolg, 1. Aufl., Wiesbaden 2004, S. 59–83.

Hansen, U.; Schrader, U.: Corporate Social Responsibility als aktuelles Thema der Betriebswirtschaftslehre, in: Die Betriebswirtschaft 65/4, 2005, S. 373–395.

Hauff, V.: Soziale und ökologische Verantwortung von Unternehmen, in: Dierkes, M.; Zimmermann, K. (Hrsg.): Ethik und Geschäft. Dimensionen und Grenzen unternehmerischer Verantwortung, Frankfurt am Main 1991

Heinen, E.: Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen. Das Zielsystem der Unternehmung, 3. Aufl. Wiesbaden, 1976

HELIOS: Unternehmensporträt: http://www.helios-kliniken.de/ueber-helios/unternehmensportrait.html; abgerufen am 15.1.2010

Hellfors, S.: Management – Datenverarbeitung – Operations Research. Die Auswirkungen moderner Datenverarbeitu8ngstechniken auf die betriebliche Leitungstätigkeit, 2. Durchgesehene und verbesserte Auflage, München und Wien 1971

Henke, K.-D. et al.: Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWI), Kurzfassung des Abschlussberichts, Berlin 2009, S. 30

Henkel: Über Henkel. Unsere Fokusfelder, http://www.henkel.de/nachhaltigkeit/unsere-fokusfelder-13871.htm, abgerufen am 10. Februar 2010

Henkel: Über Henkel. Vision & Werte, http://www.henkel.de/ueber-henkel/vision-und-werte-10015.htm, abgerufen am 27. Oktober 2010

Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus – Total Quality planen, umsetzen, managen, 2., aktualisierte Auflage, Neuwied 2001

Hildebrand, R.: hmanage.net, 01. Editorial: Strategisches Management – endlich auch im Krankenhaus! (V 2.0), in: Newsletter 332, 29. April 2008

Hillmann, K.-H.; Hartfiel, G.: Wörterbuch der Soziologie; Stuttgart 1972

Hinterhuber, H.H.: Strategische Unternehmensführung, Band 1: Strategisches Denken, 5. Auflage, Berlin 1992

Hiß, S.: Warum übernehmen Unternehmen gesellschaftliche Verantwortung? Ein soziologischer Erklärungsversuch, Dissertation, Frankfurt/Main 2006

Höffe, O. (Hrsg.): Einführung in die utilitaristische Ethik, 3. Aufl., Tübingen, Basel 2003

Höffe, O.: Verantwortung, in: Höffe, O. (Hrsg.): Lexikon der Ethik, 7. neu bearb. und erw. Aufl., München 2008, S. 326–327

Hofer, C.W.; Schendel, D.: Strategy formulation: Analytical concepts. West Publishing. St.Paul, 1978

Holtbrügge, D.: Personalmanagement, zweite, aktualisierte Auflage, Heidelberg 2005

Homann, K.: Die Legitimation von Institutionen, in: Korff, Wilhelm (Hrsg.), Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 2: Ethik wirtschaftlicher Ordnungen, Gütersloh 1999, S. 50–95

Homann, K.; Blome-Drees, F.: Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen 1992

Homann, K.; Gerecke, U.: Ethik der Globalisierung: Zur Rolle der multinationalen Unternehmen bei der Etablierung moralischer Standards, in Kutschker, M. (Hrsg.): Perspektiven der internationalen Wirtschaft, Wiesbaden, 1999, 429–457

Homann, K., Suchanek, A.: Ökonomik: Eine Einführung, 2. Aufl.; Tübingen 2005

Huber, W.: Soziale Verantwortung und unternehmerisches Handeln, Vortrag vor der Frankfurt School of Finance & Management, 10. April 2008

Hungenberg, H.: Strategisches Management in Unternehmen.: Ziele, Prozesse, Verfahren, 3. Auflage, Wiesbaden 2004

Hunziker, R.: Die soziale Verantwortung der Unternehmung – Auseinandersetzung mit einem Schlagwort, Bern, Stuttgart 1980

IGES Institut GmbH: Delphi V: Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance – die drei Zukunftsszenarien, Berlin 2008

Ilmarinen, J.: Arbeitsfähigkeit und Altern – 10 Jahre Längsschnittstudien in verschiedenen Berufsgruppen, in: Karazman, R.; Geißler, H.; Kloimüller, I.; Winker, N. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer, Gamberg 1995

International Organization for Standardization (ISO): “ISO 26000 project overview, “http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_and_leadership_standards/social_responsibility/sr_iso26000_overview.htm, Zugriff am 17.11.2010.

Janssen-Cilag (Hrsg.): Workers, Neuss o.J.

Johndrow, A.: Global Reputation Pulse 2010 – U.S. Top-Line Summary, o.O. o.J.

Johnson & Johnson: Our Credo History, o.O. o.J.

Jungeblodt, St.: Vertrags-, Haftungs- und Wettbewerbsrecht, in: Bock, R.-W.: Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Risikomanagement – Haftung und Strafrecht – Vertragsarztrecht – Arbeitsrecht, Berlin 2009

Kahle, E.: Betriebliche Entscheidungen: Lehrbuch zur Einführung in die betriebswirtschaftliche Entscheidungstheorie, 4., überarb. u. erw. Aufl. – München [u.a.] 1997

Kaplan, R.S.; Norton, D.P.: The balanced scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review 1992 (January–February), 71–79

Kaplan, R.S.; Norton, D.P.: Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen, Stuttgart 1997

Kaplan, R.S.; Norton, D.P.: The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Boston, MA: Harvard Business School Press 2001

Kaplan, R.S.; Reisen de Pinho, R.: Amanco: Developing the Sustainability Scorecard. Harvard Business School Publishing, Boston 2007

Kersting, Th.: Prozess und Struktur der Diagnostik und Therapie, in: Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Kim, R.; Van Dam, E.: The Added Value of Corporate Social Responsibility, Arbeitspapier, NIDO, 2003

Kleinfeld, A.: Gesellschaftliche Verantwortung von Organisationen und Unternehmen – Fragen und Antworten zur ISO 26000, Berlin 2011

Klemperer, D.: Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen, in: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105(40), S. 2098–2100

Kloimüller, I.: Der demografische Wandel vom 20. ins 21. Jahrhundert, in: Naegler, H. (Hrsg.): Personalmanagement im Krankenhaus – Grundlagen und Praxis, Berlin 2007

Knieps, F.: Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgabe der Integration aus Sicht der Politik, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart 2006

Körtner, U.H.J.: Vortrag vor Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern der Ev. Kirchenkreise Gladbeck-Bottrop-Dorsten und Recklinghausen am 16.3.2007 in Recklinghausen, abgerufen am 15.7.2009: http://www.krankenhausseelsorge-westfalen.de/a_z/material/koertner-ethik-im-krankenhaus.pdf

Korff, W.: Kernenergie und Moraltheologie, der Beitrag der theologischen Ethik zur Frage allgemeiner Kriterien ethischer Entscheidungsprozesse, Frankfurt/M., 1979

Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1: Verhältnisbestimmung von Wirtschaft und Ethik, Gütersloh 1999

Korff, W.: Ethische Entscheidungsverfahren, in: Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1: Verhältnisbestimmung von Wirtschaft und Ethik, Gütersloh 1999, S. 309–322

Kosiol, E.: Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum. Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Reinbek bei Hamburg 1966

Kotter, J.P.: Chaos – Wandel – Führung – Leading Change, Düsseldorf 1997

Kreikebaum, H.: Grundlagen der Unternehmensethik, Stuttgart 1996

Krenn, M.: Pflege als interaktive Arbeit – Herausforderungen für die Berufsbildung und die Organisation der Pflegearbeit, Vortrag 1. Österreichische Konferenz für Berufsbildungsforschung, Steyr 4./5. Juli 2008

Kubicek, H.: Unternehmensziele, Zielkonflikte und Zielbildungsprozesse, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 10. Jg., Heft 10, 1981, S. 458–466

Kühn, H.: Die Sorge um die Patienten: Grundlage der Personalarbeit im Krankenhaus, in: Naegler, H. et al.: Personalmanagement im Krankenhaus – Grundlagen und Praxis, Berlin 2007

Küpper, H.U.; Picot, A.: Gegenstand der Unternehmensethik, in: Korff, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 3: Ethik wirtschaftlichen Handelns, Gütersloh, 1999, S. 132–148

Küpper, H.-U.: Unternehmensethik – Hintergründe, Konzepte, Anwendungsbereiche, Stuttgart 2006

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KdA): Weltweit einzigartiges Managementsystem für die Altenhilfe, Pressemitteilungen – am 24. Mär 2010

Lenk, H.: Technik und Ethik am Beispiel der Verantwortlichkeit – Typen, Konflikte, Risiken und Ethikkodizes, in: Niederlag, W. et al. (Hrsg.): Ethik & Informationstechnik am Beispiel der Telemedizin, Dresden 2003

Lenk, H.; Maring, M.: Der Ingenieur als Experte eines Freien Berufes und seine Verantwortung in der technisierten Gesellschaft, in: Steinmann, H.; Löhr, A. (Hrsg.): Unternehmensethik, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1991

Liebl, F.: Der Schock des Neuen, München 2000

Mackenzie, R.A.: The management process 3-D, in: Harvard Business Review 47, 1969, S. 81–86

Malzahn, I.; Wehner, Chr.: Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenversorgung in der Krise?, Stuttgart 2010

Mannebach, H.: High-Tech-Medizin versus Patientenorientierung: von der Diagnose zur Therapie, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Marbach, J.: Zwischen Autonomie und Fügsamkeit, in: Motel-Klingebiel, A.; von Kontradowitz, H.-J.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter, Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel, Opladen 2002

Margolis, J.D.; Walsh, J.P.: People and Profits? The Search for a Link between a Company's Social and Financial Performance, Ann Harbour MI 2001.

Mayntz, R.: Soziologie der Organisation, Reinbek bei Hamburg 1963

McGregor, D.: Der Mensch im Unternehmen, Düsseldorf 1970

Meffert, H.: Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Wiesbaden, 2000

Meffert, H.; Münstermann, M.: Corporate Social Responsibility in Wissenschaft und Praxis – eine Bestandsaufnahme, in: Meffert, H.; Backhaus, K.; Becker, J. (Hrsg.): Corporate Social Responsibility – gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen, Arbeitspapier Nr. 186 der Wissenschaftlichen Gesellsschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V., Münster 2005

Minkmar, N.: Es ist Sonne über Berlin, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 6. Juni 2010, S. 23

Mintzberg, H.: Power in and around organizations, Englewood Cliffs 1983

Müller, M.; Hübscher, M.: Stakeholdermanagement und Corporate Social Responsibility – strategisch oder normative?, in: Müller, M.; Schaltegger, S. (Hrsg.): Corporate Social Responsibility. Trend oder Modeerscheinung, oekom, München 2008

Münstermann, M.: Corporate Social Responsibility. Ausgestaltung und Steuerung von CSR-Aktivitäten. Wiesbaden 2007

Naegler, H.: Grundlagen des Controlling, Jena 2007

Naegler, H.: Strategisches Kostenmanagement unter DRG-Bedingungen. Ein Beitrag zur internen Budgetierung, in: das Krankenhaus, 2005, Heft 9, S. 765–769

Naegler, H. et al.: Personalmanagement im Krankenhaus – Grundlagen und Praxis, Berlin 2008

Nagel, E.: Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Tagungsdokumentation Gesundheit für alle – Wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006, Berlin 2007

Neubauer, G. et al.: Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt. H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart 2007

Neuberger, O.: Personalentwicklung, 2. Aufl., Stuttgart 1994

Neubauer, G.; Belvers, A.: Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Bedingungen, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J.: Krankenhausreport 2010 – Schwerpunkt: Krankenversorgung in der Krise?, Stuttgart 2010

Niehoff, J.-U.: Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement – Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Berlin 2008

Nijhof, A.; Srnka, K.J.: Sozial verantwortliches Handeln – Eine Besinnung auf die Motive der Manager, in: Nutzinger, H. und das Berliner Forum zur Wirtschafts- und Unternehmensethik: Kritik einer neuen Generation, DNWE Schriftenreihe, 5, München/Mering, 1999, S. 229–239

Nijhof, A.H.J.; Srnka, K.J.: Strategien zur Umsetzung verantwortlichen Handelns: Plädoyer für eine Verknüpfung moralischer und ökonomischer Verantwortung, in: Nutzinger, H.G.; Berliner Forum zur Wirtschafts- und Unternehmensethik (Hrsg.): Wirtschaft- und Unternehmensethik: Kritik einer neuen Generation Zwischen Grundlagenreflexion und ökonomischer Indienstnahme, München und Mering 1999

Noll, B.: Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft, Stuttgart – Berlin – Köln 2002

Novartis: Über Novartis, http://www.novartis.de/ueber_novartis/unsere_mission/index.shtml, abgerufen am 14.8.2010

Oldham, G.; Janson, R.; Purdy, K.: A new strategy for job enrichment, in California Management Review 1975, Vol. 17, S. 57–71

Ollenschläger, G.: Leitlinien: Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität, in: Wirtschafts- und sozialwissenschaftlicher Arbeitskreis Osnabrück (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten – mit einer Evidenz-basierten Medizin (EBM) und Leitlinien zu einer verbesserten Patientenversorgung?, Osnabrück 1999

Oppenrieder, B.: Implementationsprobleme einer Unternehmensethik, Nürnberg 1986

Paul Gerhardt Diakonie e.V.: Strategisches Management: Im Dienst der Patienten, o.O. o.J

Peters, A: Wege aus der Krise – CSR als strategisches Rüstzeug für die Zukunft, 2009, Bertelsmann Stiftung, http://www.csr-weltweit.de/fileadmin/inhalte/News/CSR-Trendstudie_Wege_aus_der_Krise_final.pdf, abgerufen am 31.10.2009

Petersen, Th.: Unternehmensethik und Verantwortung, in: Beschorner, Th.; Schmidt, M. (Hrsg.): Unternehmerische Verantwortung in Zeiten kulturellen Wandels, München und Mering 2006, S. 78

Pfaff, H.: Strategische Krankenhausführung mit Kennzahlen über Kunden und Mitarbeiter: Rahmenkonzepte, Instrumente und Verfahren, in: Pfaff, H.; Lütticke, J.; Badura, B.; Piekarski, C.; Richter, P. (Hrsg.): „Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement – Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 2004

Porter, M.E.: Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors: with a new introduction/Michael E. Porter; The Free Press, New York 1980

Porter, M.E.; Olmsted Teisberg, E.: Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, Boston 2006

Porter, M.E.; Kramer, M.R.: Strategy and Society. The link between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility, Harvard Business Review, Online Version http://www.empresaysociedad.org/NR/rdonlyres/B41F86FA-5CE0-4E48-8B96-1ED5C05AB53A/9270/StrategySocietyMichelEPorterandMarkRKramerHarvardB.pdf, 2006. S. 1–15.

Prahalad, C.K.; Hamel, G.: The Core Competence of the Corporation, in: Harvard Business Review, May-June 1990, pp. 79–91.

PricewaterhouseCoopers (PWC)' Health Research Institute: HealthCast Die Individualisierung des Gesundheitswesens, Hechingen 2010

Rabe von Pappenheim, J.: Das Prinzip Verantwortung: Die 9 Bausteine nachhaltiger Unternehmensführung, Wiesbaden 2008.

Regierungskommission: Deutscher Corporate Governance Kodex i.d.F. vom 18. Juni 2009. o.O. o.J.

Röttger, U. (Hrsg.): Issues Management, Wiesbaden 2001.

Rohmert, W.: Möglichkeiten und Grenzen menschengerechter Arbeitsgestaltung durch Ergonomie, in: Fürstenberg, F.; Hanau, P.; Kreikebaum, H.; Rohmert, W. (Hrsg.): Menschengerechte Gestaltung der Arbeit, Mannheim – Wien – Zürich 1983

Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters, Wien 1990

Sahr, K.: in: http://csr-news.net/main/2009/03/02/nachhaltigkeit-in-der-krise-nachhaltig-aus-der-krise/) 2009

SAP AG, Geschäftsgrundsätze für Mitarbeiter, in der Fassung von März 2006, http://www.sap.com/germany/about/governance/pdf/CoBC_deutsch.pdf, abgerufen am 20.12.2010

Sauermann, H.; Selten, R.: Anspruchsanpassungstheorie der Unternehmung, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1962, Heft, S. 577–597

Schaeffer, D.: Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Schaltegger, S.; Burritt, R.: Contemporary Environmental Accounting, Greenleaf, 2000

Schaltegger, S.; Herzig, Chr., Kleiber, O., Müller, J.: Nachhaltigkeitsmanagement im Unternehmen. Konzepte und Instrumente zur nachhaltigen Unternehmensentwicklung, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, Lüneburg 2002

Schaltegger, S.; Müller, M.: CSR zwischen unternehmerischer Vergangenheitsbewältigung und Zukunftsgestaltung, in: Müller, M.; Schaltegger, S. (Hrsg.): Corporate Social Responsibility. Trend oder Modeerscheinung?, München 2007

Schaumann, P.: Business Ethics, in: Securitymanager.de, abgerufen am 26. Juli 2009, http://www.securitymanager.de/magazin/artikel_1230_business_ethik.html, 2006

Schäg, M. et al.: Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung, in: Krankenhaus-Report 2008/2009, Stuttgart 2009

Schellschmidt, H.: Editorial, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003

Schellschmidt, H.; Klauber, J.; Robra, B.-P.: Wege zur Integration – Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt. H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart 2006

Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, 16., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage, München – Wien 2003

Schmacke, N.: Das Konzept der Adherence – Einführung in der Thema, Vortrag auf der Fachtagung „Adherence“ am 11.12.2009

Schmidt, V.H.; Gutmann, Th.: Einleitung, in: Schmidt, V.H.; Gutmann, Th. (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002

Schmidt-Rettig, B.: Leitungsstrukturen, in: Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Schneider, U.; Steiner, P. (Hrsg.): Betriebswirtschaftlehre und gesellschaftliche Verantwortung, Mit Corporate Social Responsibility zu mehr Erfolg, 1. Aufl., Wiesbaden 2004

Scholz, Chr.: Personalmanagement – Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen, 5., neubearbeitete und erweiterte Auflage, München 2000

Schott, Th.: Patienten(re)orientierung: Elemente einer Standortbestimmung, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim und München 1993

Schreyögg, G.; Unternehmensstrategie. Grundlagen einer Theorie strategischer Unternehmensführung, Berlin/New York, 1984

Schreyögg, G.: Kann und darf man Unternehmenskulturen ändern? In: Dülfer, E. (Hrsg.): Organisationskultur: Phänomen – Philosophie – Technologie, Stuttgart 1988

Schreyögg, G.: Implementation einer Unternehmensethik in Planungs- und Entscheidungsprozessen, in: Steinmann, H.; Löhr, A. (Hrsg.): Unternehmensethik, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1991

Schreyögg, G.; Dabitz, R.: Unternehmenskultur analysieren lernen: Bericht über den Einsatz von Spielfilmen in der Seminararbeit, Berlin 1996

Schreyögg, G.; Koch, J.: Grundlagen des Managements, Wiesbaden 2007

Schreyögg, J.: Sind private Krankenhäuser besser? Wirkung von Trägerschaft und Finanzierung auf die Effizienz und Qualität von Krankenhäusern, Vortrag am 26. April 2010 im Rahmen des „Spreestadt-Forum“ zur Gesundheitsversorgung in Europa

Schröder, K.T.: Soziale Verantwortung in der Führung der Unternehmung, Berlin 1978

Schulz, R.: Externes Marketing – Internes Marketing. Analogien und Zusammenhänge, in: Bruhn, M.; Meffert, H.; Wehrle, F. (Hrsg.): Marktorientierte Unternehmensführung im Umbruch 1994; Stuttgart 1994

Schulz-Nieswandt, Fr.: Sicherung der Dienstleistungsqualität des Krankenhauses für ältere und alte Menschen durch integrierte Versorgung auf der Grundlage der DRG-Finanzierung, in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 2003

Simon, H.: Kulturschock, in: manager magazin, 1989, Heft 9, S. 208–211

Sobhani, B.: Strategisches Management. Zukunftssicherung für Krankenhaus und Zukunftsunternehmen, Berlin 2009

Spiegel, Y.: Wirtschaftsethik und Wirtschaftspraxis – ein wachsender Widerspruch?, Stuttgart 1992

Staehle, W.H.: Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 8. Auflage, überarbeitet von Conrad, P.; Sydow, J., München 1999

Steimle, U.: Ressourcenabhängigkeit und Nachhaltigkeitsorientierung von Unternehmen, Marburg 2008

Steinhagen-Thiessen, E.; Gerok, W.; Borchelt, M.: Innere Medizin und Geriatrie, in: Baltes, P.B.; Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin – New York 1992

Steinkamp, N.; Gordijn, B.: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch, Neuwied, Köln, München 2003

Steinmann, H.; Gerhard, B.: Effizienz und Ethik in der Unternehmensführung, in: Homann, K. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Wirtschaftsethik, Berlin 1992

Steinmann, H.; Löhr, A./1989): Beitrag der Unternehmensethik zur interessenpluralistischen Legitimation der Unternehmensführung – Zum Legitimationspotential von Ethikkommissionen, in: Eichhorn, P. (Hrsg.): Unternehmensverfassung in der privaten und öffentlichen Wirtschaft, Baden-Baden 1989

Steinmann, H.; Löhr, A. (1991): Einleitung: Grundfragen und Problembestände einer Unternehmensethik, in: Steinmann, H.; Löhr, A. (Hrsg.): Unternehmensethik, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1991

Steinmann, H.; Löhr, A.: Unternehmensethik, in: Frese, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation. 3. Auflage, Stuttgart, 1992, Sp. 2451–2463

Steinmann, H.; Löhr, A.: Grundlagen der Unternehmensethik, Stuttgart 1994

Steinmann, H.; Oppenrieder, B.: Brauchen wir eine Unternehmensethik? Ein thesenartiger Aufriss einzulösender Argumentationspflichten, in: Die Betriebswirtschaft 1985, Heft 2, S. 170–181

Steinvorth, U.: Angewandte Ethik und Zivilgesellschaft, in: Brudermüller, G. (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg 1999

Storm, W.: Aus dem Abschiedsbrief eines Krankenhausarztes: Von Ärzten und Hampelmännern, in: Deutsches Ärzteblatt 2008, Heft 38, S. 2003–2004

Straub, S.: Controlling für das wirkungsorientierte Krankenhausmanagement – Ein Value-Chain basierter Ansatz, Bayreuth 1997

Suchanek, A.: Ökonomische Ethik, 2. Auflage, neu bearbeitet und erweitert, Tübingen 2007

Suchanek, A.; Lin-Hi, N.: Eine Konzeption unternehmerischer Verantwortung, in: Wittenberg-Zentrum für Globale Ethik e.V. (Hrsg.): Diskussionspapier Nr. 2006–7, o.O. o.J.

Sustainable Excellence Group, Deutsche Bundesstiftung Umwelt (Hrsg.): Sustainable-Excellence. Exzellent führen – nachhaltig handeln: Konzeption, Umsetzung und Praxis, Nürnberg/Osnabrück 2006

Tannenbaum, R.; Schmidt, W.H.: How to Choose A Leadership Pattern, in: Harvard Business Review, 1958, Nr. 2, S. 95–101

Tecklenburg, A.: Managementwerkzeug: Geplante Behandlungspfade, in: Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre – Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Thielemann, U.; Wettstein, F.: The Case against the Business Case and the Idea of „Earned Reputation", Berichte des Instituts für Wirtschaftsethik, Discussion Papers of the Institute for Business Ethics No. 111, 2008

Thompson, John, Martin, Frank, Strategic Management. Awareness and Change, 5. Aufl., London 2005

Türk, K. Personalführung und soziale Kontrolle, Stuttgart 1981

Ulich, E.: Arbeitswechsel und Aufgabenerweiterung, in: REFA-Nachrichten 1972, Band 25, S. 265–278

Ulrich, P.: Betriebswirtschaftliche Rationalisierungskonzepte im Umbruch – neue Chancen ethikbewusster Organisationsgestaltung, in: Die Unternehmung 1991, Heft 3, S. 146–166

Ulrich, P.: Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie, Bern et al. 3. rev. Aufl., 2001

UN Global Compact: About us. The ten principles, http://www.unglobalcompact.org/AboutTheGC/TheTenPrinciples/index.html, abgerufen am 1. Juni 2010

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH (Hrsg.): Geschäftsbericht 2006, Berlin 2007

Vogd, W.: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, Bern 2006

Wahren, H.-K.E.: Gruppen- und Teamarbeit in Unternehmen, Berlin – New York 1994

Wallner, J.: Ethik im Gesundheitswesen – Eine Einführung, Wien 2004

Waters, J.A.: Catch 20.5: Corporate Morality as an Organizational Phenomenon, in: Steinmann, H.; Löhr, A. (Hrsg.): Unternehmensethik, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 1991

Waxenberger, B.: Integritätsmanagement. Ein Gestaltungsmodell prinzipiengeleiteter Unternehmensführung, Bern 2001

Weatherly, J.N.; Seiler, R.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Lägel, R.; Amelung, V.E.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Berlin 2007

Wehkamp, K.-H.; Keitel, H.: „Markenzeichen Ethik" – Ethik in der Unternehmensentwicklung moderner Krankenhäuser, in: Seidel-Kwem, B.; Pfeiffer, R. (Hrsg.): Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch, Band 2 von Lohmann, H.; Wehkamp, K.-H. (Hrsg.): Vision Gesundheit, Wegscheid 2003

Weibler, J.; Lucht, Th.: Controlling und Ethik – Grundlegung eines Zusammenhangs, in: Scherm, E.; Pietsch, G. (Hrsg.): Controlling, Theorien und Konzeptionen, München 2004

Werblow, A.; Robra, B.-P.: Einsparpotenziale im medizinfernen Bereich deutscher Krankenhäuser, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt. H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart 2007

Wiener Krankenanstaltenverbund: Leitbild, o.O. o.J.

Wittmann, St.: Praxisorientierte Managementethik – Gestaltungsperspektiven für die Unternehmensführung, Münster – Hamburg 1994

World Commission on Environment and Development (Hrsg.): Our Common Future, Bericht der WCED, veröffentlicht als Annex des General Assembly Dokuments A/42/427, Development and International Co-operation: Environment August 2, 1987.

Zerfaß, A.: Unternehmensführung und Öffentlichkeitsarbeit. Grundlegung einer Theorie der Unternehmenskommunikation und Public Relations, 2. ergänzte Auflage, Wiesbaden 2004

Zapp, W.; Oswald, J.: Controlling-Instrumente für Krankenhäuser, Stuttgart 2009

Zink, K.J.: TQM als integratives Managementkonzept. Das EFQM Modell und seine Umsetzung, 2. Aufl., München – Wien 2004

Sachwortverzeichnis

N

O

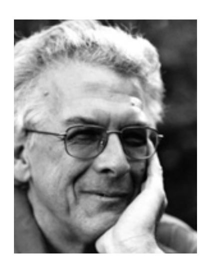
P

Q

R

S

Die Autoren



Prof. Dr. Heinz Naegler

Studium der Betriebswirtschaftslehre in Frankfurt/M. und Berlin. Er war mehr als 25 Jahre im Krankenhausmanagement tätig, zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes (dieser betreibt im Auftrag der Gemeinde Wien mit etwa 32.000 Mitarbeitern eine Universitätsklinik sowie 25 Krankenhäuser und Pflegeheime), und ist seit 2001 Honorarprofessor an der Fachhochschule für Wirtschaft Berlin.

Er war dort für die Entwicklung und Einführung des MBA-Studiengangs Health Care Management verantwortlich. In diesem Studiengang unterrichtete er das Fach „Personalmanagement". Er ist Autor zahlreicher Publikationen zu den Themen Personalmanagement, Strategisches Management und Controlling.

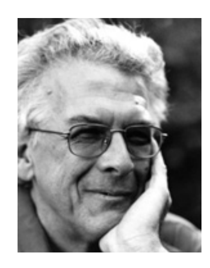


Prof. Dr. Silke Bustamante

Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Kulturwirtschaft an der Universität Passau, anschließend Forschungsassistentin am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin und Promotion an dem Postgraduiertenkolleg „Angewandte Mikroökonomik" an der Humboldt Universität Berlin.

Nach der Promotion Tätigkeit als strategische Unternehmensberaterin bei der Boston Consulting Group. Seit 2005 Professorin für Unternehmensführung am Fachbereich Berufsakademie der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin und Dozentin für Internationale Strategie an der Fachhochschule für Ökonomie und Management, dabei Schwerpunktsetzung auf den Bereich des verantwortungsvollen Managements. Zahlreiche Forschungsvorhaben und Projekte zum Thema Nachhaltigkeit und Corporate Social Responsibility. Seit 2008 Aufbau und Leitung des Studienprogramms Dienstleistungsmanagement mit möglicher Vertiefung Gesundheitsmanagement.

Der Herausgeber der Schriftenreihe *Health Care Management*



Prof. Dr. Heinz Naegler

Studium der Betriebswirtschaftslehre in Frankfurt/M. und Berlin. Er war mehr als 25 Jahre im Krankenhausmanagement tätig, zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes (dieser betreibt im Auftrag der Gemeinde Wien mit etwa 32.000 Mitarbeitern eine Universitätsklinik sowie 25 Krankenhäuser und Pflegeheime), und ist seit 2001 Honorarprofessor an der Fachhochschule für Wirtschaft Berlin.

Er war dort für die Entwicklung und Einführung des MBA-Studiengangs Health Care Management verantwortlich. In diesem Studiengang unterrichtete er das Fach „Personalmanagement". Er ist Autor zahlreicher Publikationen zu den Themen Personalmanagement, Strategisches Management und Controlling.

Kontakt:
Preußenallee 31
14052 Berlin
heinz.naegler@arcormail.de